



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## COMPETÊNCIAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da  
Educação

**Orientador:** Professor Doutor José Alves Diniz

**Júri:**

**Presidente**

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

**Vogais**

Doutora Maria João Soares Rodrigues de Sousa Fernandes

Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Ema Maria Borges Perdigão dos Santos Fernandes

2010





UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
ESPECIALIDADE DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

## COMPETÊNCIAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da  
Educação

**Orientador:** Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

**Júri:**

**Presidente**

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

**Vogais**

Doutora Maria João Soares Rodrigues de Sousa Fernandes

Doutora Ana Luísa Dias Quitério

Ema Perdigão

Lisboa, Setembro 2010



## Resumo

Com o objectivo de **descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde (EpS)**, realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, com a utilização da técnica de análise temática de conteúdo nas questões abertas do instrumento de colheita de dados.

Foi aplicado um questionário a uma turma de 62 estudantes finalistas em Enfermagem de uma Universidade privada da região de Lisboa, com uma taxa de resposta de 82,3%. Dos resultados obtidos salientam-se:

As unidades curriculares mais referidas pelos estudantes como contribuindo para a aquisição de competências em EpS foram Metodologia de Estudo e Pedagogia e Enfermagem Comunitária. Salientaram também os ensinamentos clínicos com particular enfoque nos realizados em cuidados de saúde primários.

Percepcionam ter aplicado menos as competências dos domínios «avaliação inicial», «planeamento» e «parcerias».

Privilegiam para aquisição e desenvolvimento das competências em EpS a área de cuidados de saúde primários, com 65 unidades de enumeração, os cuidados diferenciados com 21 unidades de enumeração e houve 9 referências a «todas as áreas de intervenção do enfermeiro».

Percepcionam-se mais competentes nos domínios, «execução», «catalisar a mudança», «avaliação» e «parcerias» e menos competentes nos domínios da «avaliação inicial» e «planeamento».

**Palavras-chave:** enfermagem, promoção da saúde, educação para a saúde, competência, enfermeiro de cuidados gerais.



## Abstract

With the aim of **to describe the finalist students in nursing degree perception, on their competencies in Health Education (HE)**, an exploratory, descriptive study was performed with a quantitative approach, supplemented by the use the thematic content analysis technique of open questions in the data collection instrument.

A questionnaire was given to a class of 62 students in a private nursing college in Lisbon with a response rate of 82, 3% and the principals results were the foregoing:

The courses most often mentioned by students as contributive to their HE competencies, were «Study Methodology and Pedagogy» and «Community Nursing». They also highlighted the clinical learning placed with a particular focus at primary health care.

The perception that they have applied less competencies of the domains «assessment», «planning» and «partnerships».

For acquisition and development HE's competencies they give priority at primary health care area, with 65 enumeration units; advanced care with 21 enumeration units and there were nine references to «all areas of nurse intervention».

They have the perception themselves, that they are more competent at «implementation», «catalyzing change», «evaluation» and «partnerships» domains and less competent at «assessment» and «planning» domains.

**Keywords:** nursing, health promotion, health education, competence, generalist nurse





## Agradecimentos

Li um dia que alguém recolhia todas as pedras, grandes e pequenas que surgiam no seu caminho e no final do percurso construía um castelo.

A **todos** e **a cada um** que me ajudaram e ajudam a desimpedir o caminho e a avançar...

... **MUITO OBRIGADA.**

Obrigada Professor Alves Diniz, pelo **saber** e **ser**, sempre positivo e assertivo, uma lição.

Obrigada Rita Kopke, por seres minha Amiga.

Obrigada colegas e amigos, pelo incentivo no momento certo.

Obrigada família, por tudo!!!



## Índice

Resumo	I
Abstract	III
Agradecimentos	V
Abreviaturas e Siglas	IX
Índice de Figuras	XI
Índice de Tabelas	XI
Índice de Quadros	XI
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico	23
1.1 Um olhar sobre os conceitos centrais	23
1.2 Competências do educador para a saúde e necessidades de formação	37
1.3 Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)	43
1.3.1 CLE da Universidade Atlântica	50
CAPÍTULO II – Percurso Metodológico	55
2.1 Tipo de estudo	55
2.2 Meio e População alvo	56
2.3 Variáveis	56
2.4 Método de Recolha de Dados	57
2.5 Método de tratamento dos dados	63
2.6 Considerações éticas	63
CAPÍTULO III – Apresentação e Análise dos resultados	65
3.1 Estudo das competências	65
3.2 Discussão dos resultados do estudo	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
Referências a Legislação	114

Anexos	115
Anexo 1 - Plano de estudos do CLE - UATLA	117
Anexo 2 – Folha de Indicadores	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndices	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 1 - Pedido de autorização para uso dos critérios da matriz de competências para a licenciatura	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 2 – Formulário do grupo de peritos	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 3 - Pedido de Autorização para Recolha de Dados	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 4 - Formulário de Consentimento Informado	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 5 – Questionário	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Apêndice 6 – Outputs (PASW <i>estatics</i> 18)	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## Abreviaturas e Siglas

CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
CSD	Cuidados de Saúde Diferenciados
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EC	Ensino Clínico
ec	Especialidades cirúrgicas
em	Especialidades médicas
EpS	Educação para a Saúde
MEP	Metodologia de Estudo e Pedagogia
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASW	Predictive Analytics SoftWare
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PS	Promoção da Saúde
UATLA	Universidade Atlântica
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	Unidade de Enumeração
WHO	World Health Organization



## Índice de Figuras

Figura 1 - Gerações e Modelos de EpS .....	34
Figura 2 - Pirâmide de Miller, .....	46
Figura 3 - Caracterização dos participantes segundo o género .....	61
Figura 4 - Distribuição dos participantes segundo a idade .....	62

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Breve história da Promoção da Saúde .....	28
Tabela 2: Dimensões da variável de investigação – Questionário; Parte II .....	58
Tabela 3: Alterações sugeridas pelo painel de peritos.....	59
Tabela 4: variável idade, estatísticas descritivas .....	61

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Classificação das competências do enfermeiro de cuidados gerais da OE, nos domínios da Promoção da Saúde propostos na Galwai Conference, 2009 .....	40
Quadro 2 - UC que contribuíram para aquisição de competências em EpS.....	66
Quadro 3 - C32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais .....	68
Quadro 4 - C32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais. Aplicou em EC? .....	68
Quadro 5 - C33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades .....	69
Quadro 6 - C33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades. Aplicou em EC? .....	69
Quadro 7 - C34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde .....	70

Quadro 8 - C34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. Aplicou em EC?.....	70
Quadro 9 – C35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.....	71
Quadro 10 - C35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. Aplicou em EC?.....	72
Quadro 11 - C36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.....	73
Quadro 12 - C36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde. Aplicou em EC? .....	73
Quadro 13 - C37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável .....	74
Quadro 14 - C37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável. Aplicou em EC?.....	74
Quadro 15 - C38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.....	75
Quadro 16 - C38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação. Aplicou em EC? .....	76
Quadro 17 - C39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades .....	77
Quadro 18 - C39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades. Aplicou em EC? .....	77
Quadro 19 - C40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente .....	78
Quadro 20 - C40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente. Aplicou em EC? .....	78



Quadro 21 - C41.Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem .....	79
Quadro 22 - C41.Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem. Aplicou em EC?.....	79
Quadro 23 - C42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades.....	80
Quadro 24 - C42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades. Aplicou em EC? .....	80
Quadro 25 - C43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde .....	81
Quadro 26 - C43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde. Aplicou em EC? .....	81
Quadro 27 - Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências, Alfa de Cronbach e ponto médio da escala.....	82
Quadro 28 - Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências relativamente à aplicação em EC e ponto médio da escala.....	83
Quadro 29 - Resultados da estatística de teste para as diferenças de género .....	84
Quadro 30 - Razões apontadas para a não aplicação das competências em EC.....	85
Quadro 31 - Áreas que os finalistas privilegiam para a EpS .....	86
Quadro 32 - Resultados da percepção dos estudantes sobre a aplicação das competências em EC .....	88
Quadro 33 - Resultados da avaliação de competências percebida pelos estudantes	95



## INTRODUÇÃO

Historicamente, a Educação para a Saúde (EpS) integra o papel do enfermeiro na promoção da saúde da pessoa ao longo do ciclo vital, grupos e comunidade. O contexto actual em que o enfermeiro desenvolve práticas de Eps afigura-se cada vez mais exigente. Motivar à mudança de comportamentos é complexo e acrescentando uma atmosfera de adversidade em que o apelo a determinados hábitos de consumo e determinados estilos de vida é presença imposta no dia-a-dia das pessoas, não se torna facilitador desta tarefa. Impõem-se uma actualização constante e o desenvolvimento de estratégias diversificadas e inovadoras por parte do educador para a saúde. O perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela Ordem dos Enfermeiros inclui um conjunto de competências essenciais ao educador para a saúde. A formação e nomeadamente a formação inicial, tem uma influência directa no desempenho profissional e pensa-se, para as práticas em EpS não será diferente.

A Universidade Atlântica propõe no Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, com adequação a Bolonha desde 2004, o desenvolvimento das competências de enfermeiro de cuidados gerais num plano estruturado para quatro anos. Encontram-se distribuídas por diferentes Unidades Curriculares ao longo do Curso um conjunto de competências específicas para a prática da EpS das quais se salienta: o desenvolvimento de conhecimentos sobre pedagogia, teorias de aprendizagem, métodos e técnicas pedagógicas; a capacidade de identificação de necessidades numa população alvo; o planeamento de acções educativas; a capacidade de implementação de programas e a capacidade de avaliação. É trabalhado também com os estudantes de Enfermagem, o desenvolvimento de capacidades comunicacionais indispensáveis para o estabelecimento da relação pedagógica e para a transmissão clara e assertiva da informação, e ainda privilegiada a compreensão sistémica das acções de Educação para a Saúde. Durante os ensinamentos clínicos (EC) e mais consistentemente nos realizados em âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP), estas competências são desenvolvidas e validadas.

Como elemento participante em todo o processo formativo, quer como docente quer como supervisor em ensino clínico surge a inquietação que se coloca como questões de partida para este estudo: Qual o resultado efectivo deste trabalho junto dos estudantes

para a aquisição e desenvolvimento de competências em EpS? Com que competências em EpS se apresentam os recém-licenciados em Enfermagem no mercado de trabalho?

Funciona assim, como motivação para este estudo, o facto de se estar envolvido em todo o processo formativo e mais especificamente na sua área temática, bem como, a expectativa de que os seus resultados possam contribuir como elemento de avaliação das práticas educativas em EpS com os estudantes de Enfermagem da Universidade Atlântica.

### **Pertinência do estudo e suas implicações:**

A evidência científica aponta uma relação entre os estilos de vida e o aumento da morbilidade e mortalidade de certas patologias. De acordo com Mcmichael e Butler (2006, p. 16) “... *hundreds of millions of people are overnourished and, particularly via obesity, will incur an increasing burden of chronic diseases, especially diabetes and heart disease*”. A consecução de níveis elevados de saúde e prevenção de mortes prematuras dependem assim, em larga medida, da adopção de comportamentos saudáveis por parte da pessoa, grupo e comunidade (Sanmarti, 1985, citado por Carvalho & Carvalho, 2006). Carvalho (2007), citando Navarro (2000), apresenta os aspectos que fundamentam o interesse actual e generalizado na Educação para a Saúde:

- “A *longevidade condiciona uma maior prevalência de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, ligadas aos estilos de vida;*
- *O aumento do stresse provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população favorece uma maior incidência de acidentes e disfunções psicossociais;*
- *O recrudescimento de patologias aparentemente controladas por modificações do agente causal e o aumento de comportamentos de risco (e.g. infecções sexualmente transmitidas, IST).”*

A definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) refere que a “**Educação para a Saúde** compreende oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas que envolvem comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida que favoreçam a saúde individual e da comunidade”. Já em 1985 a OMS apontava o enfermeiro e, nomeadamente o enfermeiro a trabalhar na comunidade, como o profissional melhor colocado para tomar a seu cargo a Educação para a Saúde da pessoa e comunidade. “Milhões de enfermeiros através do mundo têm em mão a aceitação dos cuidados de saúde primários porque trabalham junto das pessoas...” e reconhecendo o

potencial dos enfermeiros para ocupar um lugar de vanguarda no movimento “Saúde para todos no ano 2000”, predisse “Os enfermeiros tornar-se-ão recursos para as pessoas e populações ...; tornar-se-ão mais activos na educação das pessoas em matéria de saúde.” Este mesmo facto é reforçado por autores como Latter (1998) e Scriven (2005), citados por Carvalho (2007) que referem que os enfermeiros têm um papel chave na área da Promoção da Saúde desenvolvida a um nível multidisciplinar.

A realização de actividades de EpS faz parte do conteúdo funcional do enfermeiro e nomeadamente no artigo 7, alínea c do Decreto-lei nº 437/91 que regulou a carreira de Enfermagem pode ler-se: «executar cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado». Assim, todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde, (Ministério da Saúde, 2004) seguindo as directivas da OMS, propõe uma intervenção orientada para a prevenção da doença e promoção da saúde, em que as estratégias de «mais saúde para todos» dão particular relevo à EpS. Considerando a EpS como um processo que visa promover o desenvolvimento humano e considerando a pessoa como parte de um ecossistema complexo, a actuação do enfermeiro nesta área não se pode limitar à simples transmissão de informação técnica e científica, opinião de Amorim, (2000) citado por Carvalho e Carvalho (2006).

Assim sendo, para ser eficaz e eficiente neste processo, o enfermeiro deve dotar-se de competências específicas que adquire com a formação inicial e que se desenvolvem e complementam com a formação ao longo da vida.

Num estudo efectuado por Carvalho e Carvalho (2006), sobressaem as necessidades de formação específica em EpS percebidas pelos enfermeiros participantes. Essa formação, de acordo com os resultados do estudo, deveria ter em atenção, dificuldades e carências, como: «provocar alteração de comportamentos», «trabalho em equipa», «falta de interesse dos utentes», «baixa adesão às sessões», «falta de formação» e «falta de motivação dos serviços». No entanto, a ênfase na formação inicial como aporte de conhecimentos multidisciplinares essenciais para a prática e sensibilização dos

estudantes para a importância da EpS, não deixou de ser explicitada. O estudo não só apresenta um programa de formação como alerta para a necessidade de “uma reorganização dos CSP no sentido de prover espaços e tempos, disponibilizar recursos e incentivar as actividades de EpS estabelecendo objectivos a atingir nessa área” bem como uma verdadeira relação de parceria com as instituições escolares.

Do estudo realizado por Costa (2008) sobre a prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes,

“(...) os enfermeiros enquadram a promoção da saúde, assente numa visão estratégica da EpS, num processo sistemático, tendo por base o diagnóstico de saúde e a definição de estratégias que dêem consistência às actividades. Acrescentam, também, a necessidade de aperfeiçoar competências e de terem maior envolvimento e protagonismo na definição de políticas de saúde (...)”

Ainda neste estudo e relativamente às suas práticas educativas, os enfermeiros,” (...) reconhecem a necessidade de sistematização das intervenções e maior investimento num trabalho multidisciplinar.” Como obstáculos principais referem a escassez de recursos humanos e materiais, reportando-se à organização dos serviços mas apontam igualmente uma subvalorização das acções educativas, indo de encontro à opinião expressa pelos participantes no estudo atrás referido, de Carvalho e Carvalho (2006).

Quanto às intervenções de enfermagem no âmbito da EpS, os enfermeiros no estudo de Costa (2008), referem predominantemente os programas de saúde que visam a promoção de estilos de vida saudáveis. Só um número reduzido identifica actividades de promoção do desenvolvimento psicossocial e de construção de um projecto de vida. Enquadram-se assim intervenções numa EpS maioritariamente de 2ª geração.

Mendonça (2009), no seu estudo sobre as competências profissionais dos enfermeiros chega a algumas conclusões que importam no âmbito deste trabalho:

- Do grupo de competências que obtiveram melhores níveis de percepção só uma do domínio da promoção da saúde, a competência 33, «*Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades*» se destacou.
- A competência 43, «*Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades*», fez parte do lote que obteve níveis mais baixos de percepção.

- Nenhuma das competências do domínio da promoção da saúde (PS) aparece no grupo das referidas como tendo maior aplicabilidade.

Mantendo a atenção nos resultados deste estudo, a análise que foi feita por factores extraídos da escala aplicada, vem revelar que a maioria dos enfermeiros percepção o conjunto de competências da PS apesar de uma percentagem significativa, 24,2% as “não perceber”. Relativamente à aplicabilidade, 61,3% dos participantes aplica as competências deste domínio sendo que a competência 34, *«Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde»* é a mais aplicada e a competência 42, *«Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades»* a menos aplicada. As razões evocadas pelos enfermeiros também estão de acordo com as explicitadas nos estudos anteriormente apresentados e são, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos (humanos e materiais) e a actual política institucional das organizações de saúde.

Outros estudos foram encontrados desta feita com estudantes como participantes. Um estudo finlandês realizado em dois institutos politécnicos com uma amostra de 19 estudantes, (Liimatainen et al, 2001) com o título “Investigando as construções de estudantes de enfermagem sobre promoção da saúde durante a formação em enfermagem”, apresenta os seguintes resultados:

- Durante o 1º ano, 13 estudantes mudaram as suas concepções enquanto 6, que tinham inicialmente construções abrangentes do conceito, não as alteraram.
- As quatro alterações básicas encontradas foram: 1) A ênfase passou da dimensão física para uma construção multidimensional da PS; 2) A PS tornou-se mais concreta e contextualizada; 3) A concepção de saúde tornou-se mais permissiva e relativa; 4) A interpretação da PS passou de centrada na *performance* para se centrar no cliente.

De acordo com os autores do estudo, estes resultados podem indicar que os estudantes de enfermagem destes institutos estão disponíveis para adoptar uma abordagem de estratégia de *empowerment* nas suas construções de PS. Representam um desafio maior na educação em enfermagem e na aprendizagem da PS de acordo com uma abordagem construtivista da produção do conhecimento.

Outro estudo, de Araújo (2004) sobre a influência da formação, em futuros profissionais de saúde, nas concepções saúde/doença, EpS e a sua implementação, chega aos seguintes resultados: tendencialmente definem a saúde de acordo com a definição preconizada pela OMS; a doença é perspectivada à luz do paradigma biomédico; a EpS é definida numa perspectiva salutogénica, enquadrando-se as concepções na 2ª geração da EpS, centrada no comportamento; às práticas de EpS é atribuída muita importância; referem sentir poucas dificuldades na realização das actividades de EpS; no uso de diferentes estratégias, utilizam os meios com a mesma facilidade, destacando-se os alunos de Enfermagem no fornecimento de informação escrita suplementar; são também os alunos de Enfermagem que melhor fazem a avaliação das actividades de EpS, comparando com os de Fisioterapia e de Podologia que participaram no estudo.

Carvalho, (2007) com a sua tese de doutoramento sobre concepções, valores e práticas de promoção da saúde em estudantes de Enfermagem e outros cursos do ensino superior, chegou às conclusões:

- Cinco palavras-chave foram as mais utilizadas pelo total da amostra correspondendo à sua representação mental do conceito de saúde: bem-estar; hospital; doença; médicos e enfermeiros. Corresponde a uma visão reducionista dos determinantes da saúde.
- Verificou-se evolução do conceito de saúde, quer pela descida das palavras-chave ligadas à visão reducionista, quer pelo aumento da utilização de um conceito mais abrangente. Só na escola em que predominava uma visão tecnocêntrica, não se verificou evolução do 1º para o 4º ano.
- A maioria dos alunos enquadra-se no conceito mais abrangente de PS (51%) e no conceito activo de EpS (76%) considerando que os termos não têm o mesmo significado.
- A formação parece potenciar um conceito de PS mais abrangente em dois cursos de Enfermagem que integram o estudo, com alterações altamente significativas do 1º para o 4º ano.
- A maioria dos participantes (87%) considera que a EpS promove valores, tendo o conceito de responsabilidade sido o mais referido.

Tendo em conta o exposto relevam do ponto de vista dos enfermeiros da prática as necessidades de formação nesta área, por outro lado, a importância da formação inicial



na construção do conhecimento e desenvolvimento de competências por parte dos estudantes de Enfermagem.

Mas qual será afinal o perfil de competências em EpS dos recém-licenciados? Não foram encontrados estudos que nos dessem esta resposta para a realidade portuguesa. Acredita-se assim que um estudo dirigido às competências em EpS do estudante finalista, poderá evidenciar contributos, fragilidades, áreas concretas e específicas a reforçar em termos do processo formativo com vista a contribuir para a sua optimização. Encontra-se desta forma a finalidade do estudo efectuado, constituir elemento de avaliação das práticas educativas em EpS com os estudantes de Enfermagem da Universidade Atlântica.

### **Objecto de estudo:**

**A percepção dos estudantes finalistas sobre as competências em EpS presentes no terminus da licenciatura e a sua aplicação em ensino clínico de Enfermagem Comunitária.** A Universidade certifica que ao terminar a licenciatura o futuro profissional deverá corresponder ao perfil de competências preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003) para o enfermeiro de cuidados gerais. Deste perfil faz parte uma macro-competência<sup>1</sup>, **Promoção de Saúde** que resulta do agrupamento de competências afins e que neste caso foram seleccionadas por irem de encontro ao que se pretende validar com este estudo. De acordo com Nunes et al (2007), explicitado num trabalho de construção de uma matriz de competências para a licenciatura de Enfermagem, o descritor para esta macro-competência é:

*“ O estudante é capaz de encarar o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde e de fornecer informação relevante para ajudar a atingir os níveis óptimos de saúde e de reabilitação. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem e actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis. Aplica conhecimentos sobre recursos, para a promoção e educação para a saúde, recorre a estratégias de ensino-aprendizagem adequadas e avalia processos e resultados, participando no trabalho em equipa.”*

---

<sup>1</sup> Competência de referência, para Perrenoud (1996) citado por Nunes et al (2007)

Definiu-se como objectivo do estudo, **descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde**, do qual decorrem as seguintes questões de investigação:

- Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?
- Quais as competências em EpS que os estudantes finalistas consideram ter aplicado em ensino clínico de Enfermagem Comunitária?
- Quais as áreas de intervenção do enfermeiro que os estudantes privilegiam para aplicar e desenvolver competências em EpS?
- Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunir no final da licenciatura?

Para dar resposta a estas questões realizou-se um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, complementada com a utilização da técnica de análise temática de conteúdo.

Este trabalho encontra-se estruturado em três capítulos fazendo-se coincidir cada um deles com as fases de um estudo de investigação.

No primeiro capítulo apresenta-se o referencial teórico construído com base na revisão da literatura efectuada e organizado nos seguintes subcapítulos: Um olhar sobre os conceitos centrais, Competências do educador para a saúde e as suas necessidades de formação, Curso de Licenciatura em Enfermagem.

No segundo capítulo apresenta-se o percurso metodológico com a fundamentação para cada opção tomada.

No terceiro capítulo faz-se a apresentação, análise e discussão dos resultados bem como as considerações finais do estudo, limitações, implicações para a disciplina e para a prática e ainda, algumas sugestões.

## CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

Neste capítulo constrói-se o enquadramento teórico do estudo com base na revisão da literatura efectuada em torno da problemática em questão. Os descritores utilizados foram: promoção da saúde, educação para a saúde, competência, competências do educador para a saúde, competências do enfermeiro de cuidados gerais e plano de estudos do curso de licenciatura em Enfermagem.

Para uma melhor compreensão das linhas teóricas orientadoras deste estudo, estruturam-se os seguintes subcapítulos: Um olhar sobre os conceitos centrais, Competências do educador para a saúde e as suas necessidades de formação, Curso de Licenciatura em Enfermagem.

### 1.1 Um olhar sobre os conceitos centrais

Começa-se a construção deste enquadramento teórico pelo conceito mais amplo, incluso na expressão da temática em estudo, a **Saúde**.

Ao analisarmos a evolução histórica do conceito podemos perceber que apesar de muitos o tentarem definir e até medir com precisão, tal não tem sido conseguido. Segundo Arwidson et al (2001), “não há uma definição única e inequívoca de saúde e as definições opõem-se ou completam-se segundo o caso”.

É um conceito que corresponde a um estado ou qualidade carregado de intersubjectividade e condicionado por uma multiplicidade de factores. Pode ser entendido como a ausência de doença e medido pela presença ou ausência de indicadores de patologia ou de risco, numa abordagem quantitativa, de acordo com um modelo biomédico. Saúde como um estado biológico (físico e mental) desejável, medido através de indicadores biofisiológicos, ainda dentro de uma abordagem quantitativa e em consonância com o modelo biomédico. Saúde biopsicossocial, correspondendo a um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946), numa abordagem qualitativa, seguindo a definição proposta pela OMS, e já de acordo com um paradigma salutogénico. Saúde como capacidade de uma pessoa gerir a sua vida e o seu ambiente, ou no dizer de Dubos (1962) capacidade de “*mobiliser les ressources personnelles (physiques et mentales) et sociales en vue de répondre aux*

*nécessités de la vie*”, também mais numa perspectiva transcendental. (Arwidson et al, 2001; Kazarian & Evans, 2001).

Mas foi a definição de saúde da OMS, desenvolvida em Julho de 1946, na Conferência Internacional de Saúde em Nova Iorque, com a representação de 61 países que constituiu uma viragem importante na forma de se compreender a saúde sendo talvez, a mais citada por quem pretende definir o conceito.

Dois dos três aspectos apontados a esta definição pelos autores Kazarian e Evans (2001) são dignos de referência no âmbito deste estudo. O primeiro corresponde ao abandono da definição dicotómica da saúde por oposição à doença. O segundo é a inclusão das dimensões mental e social, para além da dimensão física a que se resumia. Acrescenta-se ainda a visão positiva que está implícita nesta forma de abordar a saúde.

No entender de autores como Sanmartí (1985) e Tannahill e Tannahill (2000), citados por Carvalho (2007), esta definição compreende aspectos positivos e negativos que se resumem da seguinte forma:

Como positivos, a sua formulação traduz uma visão positiva da saúde e inclui as dimensões psicológica e social, para além da biológica. Como negativos, a utilização da expressão «completo bem-estar» como sinónimo de saúde, introduzindo um carácter utópico, estático e subjectivo à definição, pela dificuldade em alcançar esse completo bem-estar, porque uma vez alcançado se completava e por não contemplar os aspectos adaptativos de cada pessoa face aos desequilíbrios no seu estado de saúde.

Estes aspectos, apontados como negativos, foram alterados pela própria OMS que em 1986 na carta de Ottawa, inclui na noção de saúde, a capacidade de cada pessoa ou grupo, para realizar as suas aspirações ou satisfazer as suas necessidades, a capacidade para modificar ou adaptar-se ao meio envolvente e considerar a saúde não como uma finalidade de vida mas sim como um recurso para a vida (WHO, 1986).

Déjours (1993), citado por Carvalho e Carvalho (2006) define saúde como “a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu próprio projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”. Este conceito reforça a ideia de responsabilidade individual sobre a própria saúde para além de introduzir as variáveis

género e idade bem como enfatizar a ideia de que a saúde é construção da própria pessoa e desta forma, cada um define o seu estado de saúde.

Dentro da linha de definição de saúde como um constructo psico-social estão Naidoo e Wills (1994) e De Viggiani (1997) citados no *Handbook* de Kazarian e Evans (2001, p. 93) que consideram a saúde como uma capacidade óptima que permite ao indivíduo assumir as responsabilidades para que foi socializado; “*as a commodity, as a state of self-actualization; as a narrative and as a metaphor*”. Apesar das fragilidades que possam ser apontadas é reconhecida a importância dos factores psico-sociais para a manutenção de uma boa saúde.

No último quartil do século XX a equação saúde / qualidade de vida, emergiu nas definições de Bowling (1997), Evans (1994, 1997) Rosenberg (1995), citados por Kazarian e Evans (2001, p. 94) associando assim, um outro conceito de cariz qualitativo à definição de saúde.

Em 1997, no dizer de Seedhouse, citado por Kazarian e Evans (2001, p. 95) saúde é: “*A person’s (optimum) state of health is equivalent to the state of the set of conditions which fulfil or enable a person to work to fulfil his or her realistic chosen and biological potentials*”. O autor inclui nestas condições umas que são comuns a todos os indivíduos e outras que são específicas de cada pessoa. Relativamente às primeiras tem-se que correspondem às necessidades básicas, à gestão da informação, decisão baseada na informação e a uma participação comunitária responsável. Um quinto grupo é acrescentado para condições individuais e composto pelas habilidades de cada pessoa e pelas circunstâncias. Esta definição de Seedhouse incorpora aspectos das várias definições de saúde que isoladamente, segundo o autor, não serviam os objectivos da promoção da saúde.

Aggleton e Homans (1987) e Ewles e Simnett (1999), referidos no *Handbook* por Kazarian e Evans (2001) identificam dimensões a considerar no conceito de saúde e propõem que se classifiquem em, dimensões física, mental, emocional, social, espiritual e ambiental. Assim, e de acordo com a dimensão mais valorizada pelas pessoas, profissionais ou não de saúde, podem obter-se significados distintos do conceito.

Conclui-se pela existência de um olhar distinto sobre um mesmo conceito, consoante o paradigma, teoria, contexto e pessoa que o tenta definir. Denota-se uma perspectiva

evolutiva no sentido de uma visão holística sendo que “*a identificação das diferentes dimensões da saúde é útil para tornar consciente a grande complexidade deste conceito.*” (Carvalho, 2007). No entanto, o autor alerta para que não se espalhe a pessoa uma vez que todas as dimensões interagem entre si num processo dinâmico.

Retomando uma afirmação do início deste subcapítulo que faz referência ao carácter multifactorial do conceito importa identificar os factores que influenciam a saúde.

Introduz-se desta forma um novo conceito, **determinantes da saúde** que, de acordo com o glossário da OMS para a promoção da saúde, se pode definir como: “O conjunto de factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações” (WHO, 1998). Podem ser categorizados como: comportamento pessoal e estilos de vida; influências na comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde; condições de vida, de trabalho e acessibilidade a cuidados de saúde; e condições socioeconómicas, culturais e ambientais.

Os determinantes de saúde ligados aos estilos de vida são multidimensionais e estão relacionados com inúmeros problemas *major* de saúde. De acordo com Rosen, Manor, Engelhard e Zucker (2006) “a evidência esmagadora na mortalidade, morbilidade e qualidade de vida, levou o jovem campo da promoção de saúde moderna para o centro do palco”, constituindo um desafio para os que se propõem trabalhar com pessoas numa perspectiva de promoção da saúde.

Será este outro conceito, a **Promoção da Saúde** (PS), perspectivado por todos de igual forma? Será compreendido em toda a sua extensão e globalidade?

Tal como entendido na actualidade é um conceito relativamente recente. Surge pela primeira vez, no relatório sobre a saúde dos canadianos, da autoria de Lalonde em 1974, altura em que enceta um caminho evolutivo muito à custa das conferências levadas a cabo pela OMS nesta temática. Este ciclo de conferências surge para darem resposta a novos desafios decorrentes do aumento do conhecimento (a evidência científica apontava que a melhoria das condições sócio-ambientais se traduzia na redução da prevalência das doenças infecciosas e no aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas) e da evolução tecnológica na área da saúde (avanços no diagnóstico e tratamento das doenças e desenvolvimento da tecnologia médica foram tornando

insustentáveis os serviços de saúde e colocando a necessidade de uma aposta na promoção da saúde e prevenção da doença). (Carvalho, 2007).

A tabela 1, abaixo apresentada, visa apresentar de forma resumida o percurso evolutivo do conceito.

Importa, no entanto antes disso, acrescentar alguma informação sobre a Conferência de Ottawa uma vez que esta se constitui reconhecidamente como um marco fundamental para a Promoção da Saúde. Ronson (2003), citado por Giller (2003) descreve a Carta de Ottawa como um “guiding light in action planning for community and national health programs around the world”. Em termos de definição, a carta, refere-se à Promoção da Saúde como “the process of enabling people to increase control over and to improve their health” (Breslow, 1999; WHO, 1998). Dela emergem cinco áreas de intervenção neste domínio:

- Estabelecimento de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da acção comunitária;
- Desenvolvimento das capacidades individuais;
- Reorientação dos serviços de Saúde.

Propôs uma abordagem salutogénica da saúde que se concentra em reforçar o potencial de saúde dos povos e que se destina a populações inteiras ao longo do ciclo de vida. Salientou que todas as pessoas têm o seu potencial de saúde individual, mesmo vivendo com doença grave ou incapacidade. Reforçou a orientação definida na estratégia de âmbito mundial, “Saúde para Todos no ano 2000” (aprovada em Assembleia em 1977) em que políticas e programas de saúde deveriam “dar às pessoas a oportunidade de levarem uma vida social e economicamente produtiva”, (WHO, 2005).

Um aspecto primordial implícito nesta definição de Promoção da Saúde é que esta se deve assumir como um processo de *empowerment* da pessoa (individual), grupo ou comunidade (colectivo) com vista a deterem o controlo sobre os aspectos da vida que afectam a sua saúde, (Laverack, 2008).

A promoção da saúde é guiada por um conjunto de valores fundamentais e princípios. Estes valores e princípios estabelecem uma base comum para a prática de promoção da

saúde. Incluem: um modelo ecológico-social da saúde que tem em conta a diversidade cultural, económica e os determinantes sociais da saúde; um compromisso com a equidade, a sociedade civil e a justiça social; o respeito pela diversidade cultural e sensibilidade, a dedicação ao desenvolvimento sustentável; e uma abordagem participativa para envolver a população na identificação de necessidades, definição de prioridades e planeamento, execução e avaliação das soluções práticas e viáveis para atender às necessidades de saúde identificadas, (Galway Conference, 2009).

**Tabela 1 - Breve história da Promoção da Saúde**

**Data Evento**

1974	Lalonde (1974) introduz o termo «Promoção da Saúde» no seu relatório “ <i>A new perspective on Health of Canadians</i> ”.
1977	A 30 <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução que iniciou as metas de “Saúde para todos no ano 2000”. (WHO, 1993)
1978	Na Conferência de Alma Ata, a saúde foi aprovada como direito humano fundamental e os cuidados de saúde primários definidos como o meio para a Promoção da Saúde Internacional. (WHO, 1978)
1986	A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa e resultou na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. (WHO, 1986)
1988	A Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Adelaide com o tema Políticas Públicas Saudáveis. (WHO, 1988)
1990	O relatório: Pessoas Saudáveis 2000: Promoção da Saúde Nacional e Prevenção da Doença, Definição de objectivos, nos Estados Unidos.
1991	A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall com enfoque na “Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde”. (WHO, 1991)



**Data    Evento**

1993	A <i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations</i> (JCAHCO) sugere serem tidos em consideração na oferta de educação do paciente, os factores culturais.
1997	A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Jacarta e intitulada “ <i>New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21th Century</i> ”. (WHO, 1997)
2000	A Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada no México e focou a Promoção da Saúde, como estratégia para melhorar a vida económica e social das populações desfavorecidas. (WHO, 2000)
2005	A Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Bangkok e intitulada “ <i>Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015.</i> ” (WHO, 2005)
2009	A Sétima Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Outubro em Nairobi, Quénia, com o título: Promover a Saúde e o Desenvolvimento (WHO, 2010)

**Fonte:** Traduzida e adaptada de Kazarian & Evans (2001). Actualizada pelo autor do estudo.

De uma análise sumária aos títulos e temáticas desenvolvidas nestas conferências importa aqui referir que a promoção da saúde não se restringe a uma única área de intervenção podendo ser considerada como um movimento “dirigido para um estado positivo de saúde e bem-estar. O seu âmbito de interacção é multisectorial, requerendo uma concepção de saúde holística.” (Araújo, 2004, p.67). Estabelece-se desta forma a relação entre os dois conceitos tornando claro que um influencia a forma de actuar relativamente ao outro.

O renovado conceito de saúde privilegia as acções de promoção da saúde em detrimento das dirigidas à prevenção da doença. A finalidade subjacente nas acções de um e outro âmbito é claramente distinta. Enquanto na promoção da saúde se visa manter o nível de saúde e bem-estar, na prevenção da doença pretende-se reduzir ou anular a probabilidade de ocorrência de determinada patologia, (Kazarian & Evans, 2001).

Aproveita-se a ocasião para distinguir dois conceitos que são frequentemente equiparados o que se percebe olhando a história dos cuidados de saúde.

A **Prevenção da Doença** engloba “um conjunto de medidas sanitárias, técnicas e educativas destinadas a evitar o aparecimento de um problema de saúde (prevenção primária), a sua passagem a doença declarada (prevenção secundária) ou a sua recidiva ou complicações (prevenção terciária).” (Arwidson et al, 2001).

Leavell e Clark (1976), citados por Figueira, Ferreira, Schall e Modena (2009) definiram prevenção como uma “acção antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

Tem-se assim que enquanto a Promoção da Saúde tem por objecto a saúde e o bem-estar da **pessoa** (e entenda-se por pessoa, o indivíduo, grupo e comunidade) tendo subjacente um conceito positivo de saúde e “como principal função (...) criar condições que promovam a saúde ocasionando alterações na política local, nacional e internacional (...)”, (Costa, 2008). Por seu lado, “a prevenção tem por objecto a doença e o risco e remete para uma concepção de saúde como ausência de doença.” (Arwidson et al, 2001).

Ainda um terceiro conceito pode igualmente ser confundido com estes dois, a **Protecção da Saúde**. Ora relativamente a este último e segundo Carvalho e Trindade (1994) intervenções neste âmbito compreendem a implementação de segurança no trabalho, a prevenção de acidentes (profissionais, de viação e de lazer) e a luta contra as ameaças ecológicas para a saúde. Neste particular, pode falar-se em programas de saúde ambiental. Apesar das intervenções terem um carácter preventivo, difere do conceito de prevenção na medida em que não tem por objecto uma determinada patologia.

Retomando a definição de PS percebe-se que promover a saúde vai para além do sentido publicitário do termo. A **Educação para a Saúde** é uma das estratégias e visa o reforço das capacidades individuais para agir no sentido de manter ou alcançar a saúde. Outras estratégias são: a reorientação dos serviços de saúde (Cuidados de Saúde Primários) para a detecção, rastreio e protecção; a acção ambiental; o envolvimento comunitário (participação e recursos) e as medidas legais (regulamentos e leis a favor da saúde). (Arwidson et al, 2001). Estes autores referem-se à EpS como uma estratégia de promoção de saúde.

Por sua vez, Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho (2007) definem PS através da fórmula: “PS = EpS x Política de Saúde”, fundamentando que a EpS é, ela própria, um processo de capacitação das pessoas, tornando-as conscientes dos determinantes de saúde (factores ambientais e socioeconómicos incluídos) para que possam exercer pressão sobre quem define a política da saúde. (Carvalho, 2007) Ou, como refere Laverack (2008), a educação para a saúde encarrega-se de programar a agenda e desenvolver uma consciência crítica relativamente aos programas de promoção da saúde estabelecendo-se entre ambas uma relação simbiótica, (Tones, 1990 citado por Laverack, 2008).

No glossário de promoção da saúde da OMS (1998) em termos de definição refere-se que a “**Educação para a Saúde** compreende oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas que envolvem comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida que favoreçam a saúde individual e da comunidade”.

Na educação para a saúde a ênfase não recai apenas na comunicação de informações, mas também na promoção da motivação, nas competências e na confiança (auto-eficácia), necessárias para tomar medidas que visem a melhoria da saúde. Assim, a EpS pode implicar a comunicação de informações e desenvolvimento de competências, o que demonstra a viabilidade política e as possibilidades de organização das diversas formas de acção para resolver os determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde. No passado, o termo, educação para a saúde foi usado para abranger um leque mais vasto de acções, incluindo a mobilização social e política. Estas estão contidas na promoção da saúde e esta definição mais estrita de educação para a saúde aqui proposta pretende enfatizar a distinção entre os conceitos.

Estabelecida, desta forma, a relação entre os conceitos de PS e EpS sobressai a ideia de que o primeiro é mais abrangente que o segundo. No entanto, nestas conceptualizações, os autores referem-se a uma EpS numa versão mais actual. Também este conceito, a par do que já se afirmou para a saúde e para a promoção da saúde, “sofreu alterações ao longo dos diferentes marcos históricos e epidemiológicos” (Araújo, 2004).

Inicialmente referenciada como educação sanitária era entendida como uma actividade desenvolvida por profissionais de saúde que, por serem detentores de um saber técnico

chamavam a si a responsabilidade de decidir pela pessoa, os comportamentos que melhor serviam a sua situação de saúde/doença. Uma definição de referência para este momento é a de Wood (1926) citado por Precioso (1992): “soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo e comunidade” e incluída nas conceptualizações sobre EpS, de Araújo (2004) e Carvalho e Carvalho (2006).

Esta forma de olhar a EpS não reconhece ainda o seu carácter formal e de processo, não incorpora todas as dimensões e não permite a participação da pessoa ou comunidade nas suas escolhas em saúde. (Araújo, 2004; Carvalho & Carvalho, 2006)

Em 1980, Green define EpS como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas com o objectivo de facilitar mudanças voluntárias de comportamento que conduzam à saúde.” Passa-se assim à descrição de uma actividade formal, planeada, com objectivos, em que a palavra *combinação* enfatiza a ideia de associação e complementaridade de métodos educativos. Por outro lado, a palavra *facilitar* posiciona o educador para a saúde não como um prescritor mas como um elemento de ajuda, como um recurso. Há ainda a questão das *mudanças voluntárias* que passam o *locus* de controlo para o indivíduo ou comunidade. (Araújo, 2004; Carvalho & Carvalho, 2006)

Seppilli (1989), citado por Carvalho, (2002) refere-se à EpS como um processo de comunicação interpessoal para proporcionar informação que visa desencadear uma consciência crítica para os problemas de saúde responsabilizando desta forma, indivíduo e grupos na escolha de comportamentos que influenciem directa ou indirectamente a sua saúde. (Araújo, 2004)

O autor introduz um elemento base do processo educativo, a comunicação, embora esta referência se reduza à componente informativa. Esta conceptualização responsabiliza a pessoa pela sua saúde mas não tem em conta os factores que lhe são extrínsecos e que podem ser determinantes. (Carvalho & Carvalho, 2006)

Por sua vez, Tones e Tilford (1994) definem EpS de uma forma mais abrangente considerando aspectos importantes para a tomada de decisão. No seu entender, EpS é

“toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (citados por Araújo, 2004; Carvalho & Carvalho, 2006)

Ewles e Simnett (1999), autoras citadas por Laverack (2008) referem-se à EpS como um conceito que abrange um conjunto de actividades didácticas que promovem a saúde.

Dentro de uma lógica de consonância entre conceitos afigura-se pertinente que se tome como referência para este estudo a definição proposta pela OMS que refere:

*“Health education comprises consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health.”* (WHO, 1998)

A literatura dá conta de três gerações na EpS considerando o percurso evolutivo do conceito, a forma como se encaram os processos de Saúde / Doença e a evolução dos factores de risco e as demandas de uma sociedade desenvolvida (alterações sociais e políticas).

Um exemplo desta classificação é a desenvolvida por Moreno, Garcia e Campos, em 2000 e referenciada por Araújo, (2004); Carvalho e Carvalho, (2006), entre outros que se apresenta:

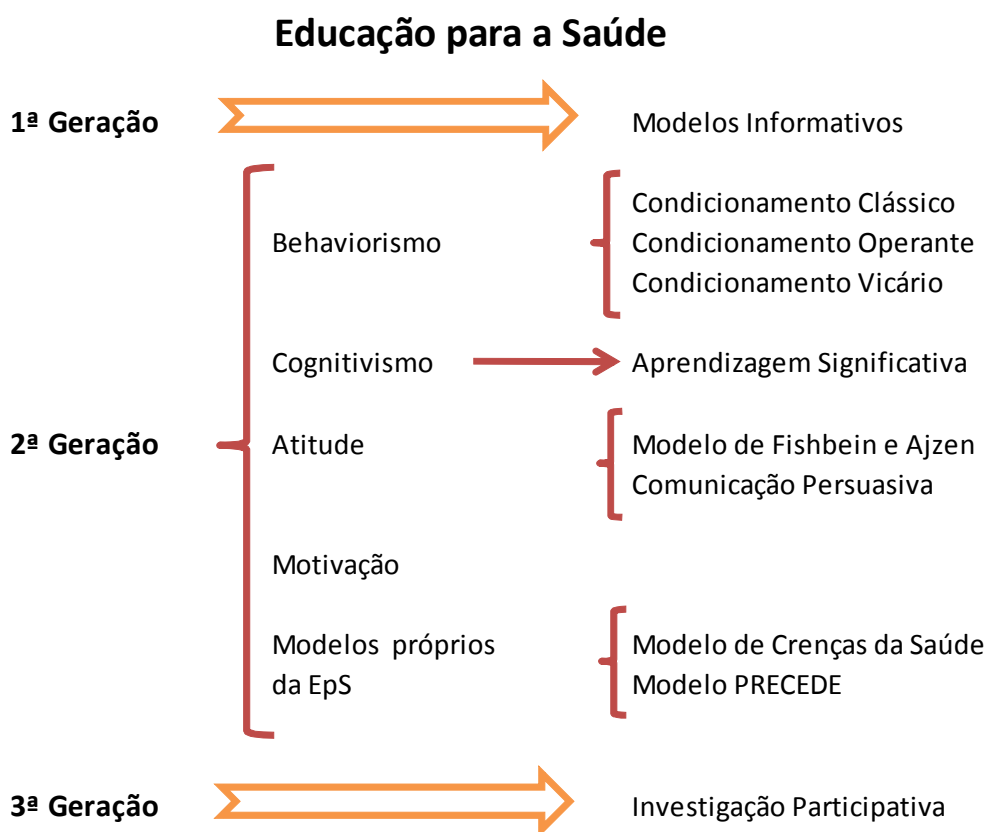
Identificam uma primeira geração em que se considera que os hábitos e comportamentos não saudáveis se explicam pelo *deficit* de informação. Denominada «EpS informativa», apoia-se em modelos que se centram na transmissão de informação onde prevalece uma relação pedagógica do tipo autoritativo, com uma intenção prescritiva.

A segunda geração, «EpS centrada no comportamento», engloba um conjunto de modelos teóricos centrados em evitar e modificar comportamentos não saudáveis. Aqui a informação constitui apenas uma parte do processo, consideram-se a motivação e as atitudes da pessoa e abre-se espaço à colaboração e negociação. No entanto, como se

encara a saúde, resultado de comportamentos, está subjacente uma culpabilização da pessoa por escolhas ou opções menos saudáveis.

Na terceira geração, «EpS crítica», o foco é integral, considera a educação como um processo formativo global e pressupõe que a EpS deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e influenciar o ambiente e as instituições. Advoga uma visão da pessoa como sujeito de transformação e não como objecto de transformação, a pessoa que tem ou desenvolve capacidade crítica para interpretar o ambiente e fazer escolhas saudáveis. Incorpora actividades orientadas para a promoção da saúde em que o núcleo básico de intervenção é o grupo ou comunidade.

Como síntese, junta-se a representação gráfica da classificação sumariamente apresentada complementada com as teorias e modelos para cada geração:



**Figura 1 - Gerações e Modelos de EpS**

**Fonte: Moreno, Garcia e Campos (2000), adaptado por Araújo (2004) e Carvalho & Carvalho (2006)**

Seguem-se concepções, conceitos e valores de enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre Saúde, Promoção e Educação para a Saúde, evidenciados em alguns estudos encontrados durante a revisão da literatura.

Um estudo finlandês de Liimatainen et al (2001), sobre as construções de estudantes de enfermagem acerca da promoção da saúde durante o processo formativo, apresenta os seguintes resultados:

- Durante o 1º ano, 13 estudantes mudaram as suas concepções enquanto 6, que tinham inicialmente construções abrangentes do conceito, não as alteraram.
- As quatro alterações básicas encontradas foram: 1) A ênfase passou da dimensão física para uma construção multidimensional da PS; 2) A PS tornou-se mais concreta e contextualizada; 3) A concepção de saúde tornou-se mais permissiva e relativa; 4) A interpretação da PS passou de centrada na *performance* para se centrar no cliente.

No entender dos autores do estudo, estes resultados podem indicar que os estudantes de enfermagem destes institutos estão disponíveis para adoptar uma abordagem de estratégia de *empowerment* nas suas construções de PS. Representam um desafio maior na educação em enfermagem e na aprendizagem da PS de acordo com uma abordagem construtivista da construção do conhecimento.

Um outro estudo, efectuado por Araújo (2004), com estudantes de cursos da área da saúde, revela uma tendência clara para utilizar a definição de saúde preconizada pela OMS no entanto, a doença é perspectivada à luz do paradigma biomédico. A EpS é definida numa perspectiva salutogénica, enquadrando-se as concepções, principalmente na 2ª geração da EpS, centrada no comportamento.

Relativamente aos enfermeiros em exercício, Carvalho e Carvalho (2006) realizaram um estudo aplicando dois métodos de colheita de dados, um questionário e uma entrevista semi-estruturada. Sobre o conceito de EpS dos enfermeiros de CSP que participaram, tem-se que: 44,1% dos participantes se revê num conceito participativo e 11,2% num conceito predominantemente tradicional; quando relatam as dificuldades sentidas na sua prática mostram estar centrados na alteração de comportamentos. Já os dados que decorrem das entrevistas, revelam-se diferentes, todas as entrevistadas

apresentam uma perspectiva tradicional e normativa da EpS, muito centrada na transmissão de informação e na mudança de comportamentos.

Num estudo de Carvalho (2007), com estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior, a maioria dos alunos da amostra enquadra-se num conceito abrangente de promoção da saúde (51%) e no conceito activo de Educação para a Saúde (76%). A formação parece potenciar o conceito abrangente de PS em dois cursos de Enfermagem com diferenças altamente significativas, do 1º para o 4º ano do plano curricular. A maioria dos participantes (87%) considera que a EpS tem valores a promover, tendo sido o conceito de responsabilidade, o mais referido.

Para concluir este subcapítulo que propunha um olhar sobre os conceitos base a utilizar neste estudo, não se pode deixar de operacionalizar o conceito de competência. Será, no entanto, abordado de forma breve por se considerar melhor enquadrado no subcapítulo Curso de Licenciatura em Enfermagem, fase do enquadramento teórico em que se voltará a este assunto.

Tal como os últimos conceitos referidos também para competência existem inúmeras definições na literatura consultada. Apresentam-se duas que parecem actuais, claras e complementares, seguidas de um exemplo que ajuda a operacionalizar o conceito:

O Professional and Academic Standards Working Group of the European Masters in Health Promotion (EUMAHP) “definiu competências como conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para implementar acções concretas de promoção da saúde dentro das dimensões especificadas da prática, de acordo com uma norma específica.” (Battel-Kirk et al, 2009).

A Organization for Economic Co-Operation and Development (OCDE) apresenta uma definição para competências no âmbito do projecto conhecido por DeSeCo, *Definition and Selection of Competencies*.

“A competência é mais do que conhecimentos e habilidades. Envolve a capacidade de responder a desafios complexos através da elaboração e mobilização de recursos psicossociais (incluindo habilidades e atitudes) num contexto particular. Por exemplo, a capacidade de comunicar de forma eficaz é uma competência que pode recorrer a um conhecimento individual da linguagem, práticas, habilidades e atitudes para com quem se comunica.” (DeSeCo, 2005)



Destas definições, ressalta que as competências não se referem apenas a conhecimento, mas também a habilidades e atitudes, reportadas a um contexto específico. São frequentemente referidas como «*know-how* e *show-how*» - um modelo encontrado em toda a literatura internacional revista, segundo Battel-Kirk et al, (2009).

Como este estudo decorre no ambiente de formação universitária, importa aqui dar conta da classificação de competências utilizada ao nível do ensino superior desde a adequação ao processo de Bolonha.

De acordo com o projecto *Tuning Educational Structures in Europe* (DGES, 2008) as competências classificam-se em:

- “Competências instrumentais: capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas;
- Competências interpessoais: capacidades individuais tais como as competências sociais (interacção social e cooperação);
- Competências sistémicas: capacidades e competências relacionadas ao sistema na sua totalidade (combinação da compreensão, da sensibilidade e conhecimento que permitem ao indivíduo ver como as partes de um todo se relacionam e se agrupam.”

(DGES, 2008)

## **1.2 Competências do educador para a saúde e necessidades de formação**

Para desenvolver e fortalecer a capacidade individual e melhorar a saúde mundial no século XXI, a promoção e educação para a saúde devem identificar e divulgar as principais competências, normas e sistemas de garantia de qualidade a aplicar na formação dos profissionais destas áreas de intervenção, (Galwai Conference, 2009).

Assim sendo, quem é o educador para a saúde? Qual o seu perfil de competências e as suas necessidades formativas?

Tenta-se responder a estas questões ao longo deste subcapítulo e tendo por base literatura nacional e internacional embora esta última espelhe por vezes uma realidade um pouco distinta da portuguesa. Não existe entre nós, o profissional, promotor ou educador para a saúde mas sim um conjunto de profissionais da área da saúde e mais

recentemente da educação que por inerência das suas funções promovem e educam para a saúde.

Da revisão da literatura efectuada conclui-se a vontade de grupos de peritos europeus e internacionais de fazer da prática da promoção da saúde, uma prática especializada. Por exemplo, o sistema japonês distingue os educadores para a saúde da prática e os educadores para a saúde especialistas, sendo que a estes últimos se exige que tenham competências em educação e promoção da saúde mais avançadas. Verifica-se o mesmo no Canadá e nos Estados Unidos, se bem que neste último, o investimento nos últimos 30 anos foi efectuado ao nível das competências específicas em EpS, (Battel-Kirk et al, 2009).

Desde os anos 70 surgem assim, na Europa e no Mundo, modelos de competências que visam clarificar quais os requisitos específicos para a Saúde Pública, EpS e Promoção da Saúde.

Vários esforços foram realizados para identificar as competências-chave na promoção e educação para a saúde. Numa conferência realizada em Galway, 2009, com o objectivo de redigir um documento de consenso, estes esforços resultaram no reconhecimento de um *core* de competências em uso em muitos países. Esta Declaração de Consenso, no entanto, não se preocupou com competências específicas, mas sim focou-se em domínios de competência mais amplos que consideraram cruciais para alcançar melhorias na saúde. Além disso, a aplicação destas competências é feita a vários níveis sejam de âmbito mais individual, sejam de âmbito mais alargado. Finalmente, o que se considera original sobre a promoção da saúde é a aplicação combinada dos domínios de competência e a sua integração com o conhecimento de outras disciplinas, na prática (Galwai Conference, 2009).

As competências necessárias para exercer na área da promoção da saúde de acordo com o conjunto alargado de peritos de várias nacionalidades que participaram nesta conferência, integram-se em oito domínios:

1. **Catalisar a mudança** – mudança, habilitação e capacitação de indivíduos e comunidade para melhorarem a sua saúde.

2. **Liderança** - Fornecer orientação estratégica e oportunidades para a participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Mobilização e gestão de recursos para a promoção e capacitação em saúde.
3. **Avaliação Inicial ou Diagnóstica**<sup>2</sup> - Realizar avaliação das necessidades e recursos da comunidade e sistemas, que leva à identificação e análise dos determinantes, culturais, sociais, ambientais e organizacionais e comportamentais que promovem ou mantêm a saúde.
4. **Planeamento** - Desenvolver metas e objectivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e recursos e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento da teoria, da evidência e da prática.
5. **Execução** - Realização eficaz e eficiente, culturalmente sensível, e de acordo com estratégias éticas, para assegurar eventuais melhorias na saúde, incluindo a gestão dos recursos materiais e humanos.
6. **Avaliação** - A determinação do alcance, eficácia e impacto da promoção de programas e políticas de saúde. Isto inclui a utilização adequada de métodos de avaliação e investigação para apoiar melhorias no programa, sustentabilidade e divulgação.
7. **Defesa** - Defender com e em nome de indivíduos e comunidade para melhorar a saúde e bem-estar e o reforço da capacidade para a realização de acções que podem melhorar a saúde e fortalecer a comunidade.
8. **Parcerias** - Trabalhar em colaboração com outras disciplinas, sectores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção de saúde.

(Traduzido e adaptado do documento de consenso, (Galwai Conference, 2009))

Olhando para as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003) para o enfermeiro de cuidados gerais, tem-se que no domínio da Promoção da Saúde, estão identificadas as seguintes competências:

32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.

33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.

34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.

---

<sup>2</sup> **Nota de tradução:** dado o contexto, traduziu-se a palavra *assessment* por avaliação inicial ou diagnóstica para não confundir com o domínio 6 – Avaliação que se traduziu de *evaluation*.

- 35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.
- 36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.
- 37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.
- 38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.
- 39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.
- 40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.
- 41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
- 42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- 43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

(OE, 2003)

Como correspondem às competências utilizadas neste estudo, parece pertinente articular com a classificação por domínios do *core* de competências para a PS apresentado pela Galwai Conference (2009), facilitando posteriormente a análise e interpretação dos resultados.

Usando a definição já apresentada para cada domínio da PS, agrupam-se as competências propostas pela OE para os enfermeiros de cuidados gerais que pertencem à macro-competência promoção da saúde, como representado no quadro 1. Esta classificação resultou de um trabalho de análise e reflexão do autor do estudo constituindo-se apenas como proposta de trabalho.

**Quadro 1 - Classificação das competências do enfermeiro de cuidados gerais da OE, nos domínios da Promoção da Saúde propostos na Galwai Conference, 2009**

Domínios de competências da PS:	Competências da OE
1. Catalisar a mudança	37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.

Domínios de competências da PS:	Competências da OE
<b>3. Avaliação Inicial ou Diagnóstica</b>	<p>32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.</p> <p>34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.</p> <p>36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.</p>
<b>4. Planeamento</b>	<p>39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.</p> <p>41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.</p> <p>42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.</p>
<b>5. Execução</b>	<p>35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.</p> <p>38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.</p> <p>40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.</p>
<b>6. Avaliação</b>	<p>43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.</p>
<b>8. Parcerias</b>	<p>33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.</p>

Dadas as competências do enfermeiro de cuidados gerais para a PS assumirem características de um nível mais instrumental e sendo que os domínios da liderança e da defesa propostos na Galwai Conference já implicarem a mobilização de competências sistémicas, estes dois domínios não figuram no quadro atrás apresentado.

Dum estudo realizado por Costa (2008), com enfermeiros a exercer funções em CSP retira-se que para aumentar os ganhos de saúde através da promoção/educação para a saúde:

- É fundamental um suporte metodológico científico em todas fases do processo educativo.
- É importante que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, entre elas, a capacidade de escutar, a capacidade de estabelecer uma relação de ajuda, a capacidade de comunicar, para fazer face à complexidade das mudanças comportamentais.
- É necessária a afirmação dos enfermeiros nos processos de concepção e decisão das políticas de saúde.
- É importante um maior investimento num trabalho multidisciplinar com a valorização das acções educativas de orientação salutogénica.

Para aumentar as competências dos enfermeiros nesta área de intervenção dever-se-iam criar dispositivos de formação alicerçados em metodologias participativas de investigação-acção dando assim uma resposta mais dirigida às reais necessidades (Costa, 2008).

Um outro trabalho de Carvalho e Carvalho (2006) realizado com enfermeiros dos CSP, chega à conclusão que 90,8% dos participantes refere sentir necessidades de formação nesta área e identifica essas necessidades:

- Conhecimentos sobre a execução das práticas de EpS
- Conhecimentos sobre a realização de diagnósticos de situação
- Conhecimentos sobre planeamento
- Conhecimentos sobre teorias, modelos e métodos em EpS

O estudo evidencia um desfasamento entre a oferta de formação e o tipo de necessidades, o que reforça o que foi dito anteriormente sobre a utilização de metodologias participativas nos processos formativos.

De acordo com estes dois estudos os enfermeiros identificam necessidade de reforçar competências nos domínios: Catalisar a mudança, Liderança, Avaliação Inicial ou Diagnóstica, Planeamento, Execução e Parcerias. De salientar que para o domínio da

defesa não se encontraram referências. Talvez este aspecto não seja integrado pelos enfermeiros de CSP como fazendo parte das suas competências nesta área de intervenção. É um aspecto considerado pelos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde nos locais de trabalho que frequentemente se assumem como “advogados” dos trabalhadores.

### **1.3 Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)**

Um curso de licenciatura é hoje assumido como o início de uma formação, numa determinada área ou disciplina que se pretende continuada ao longo da vida. Fala-se assim de competências que se adquirem com a formação inicial, que se desenvolvem e adquirem outras num *continuum* formativo, seja ele formal, em organizações educativas, seja em contexto profissional com a sua aplicação prática.

De acordo com o processo de Bolonha formalizado em 1999, impunha-se em todos os países aderentes, uma reformulação dos currículos.

Os objectivos gerais da Declaração de Bolonha são: aumentar a competitividade do sistema europeu de ensino superior e promover a mobilidade e empregabilidade daqueles que concluem o ensino superior no espaço europeu.

Os objectivos específicos definidos em Bolonha e mais tarde (2001) acrescentados em Praga são:

1. Adoptar um sistema de graus académicos facilmente legível e comparável, incluindo também a implementação do Suplemento ao Diploma;
2. Adoptar um sistema assente essencialmente em dois ciclos, incluindo:
  - um primeiro ciclo (em Portugal conduz ao grau de licenciado), com um papel relevante para o mercado de trabalho europeu e com uma duração compreendida entre seis e oito semestres;
  - um segundo ciclo (em Portugal conduz ao grau de mestre), com uma duração compreendida entre três e quatro semestres.
3. Generalizar um sistema de créditos académicos (ECTS), não apenas transferíveis mas também acumuláveis, independentemente da instituição de ensino frequentada e do país de localização da mesma;

4. Promover a mobilidade intra e extra comunitária de estudantes, docentes e investigadores;
5. Fomentar a cooperação europeia para a garantia da qualidade;
6. Incrementar a dimensão europeia do ensino superior;
7. Promover a aprendizagem ao longo da vida;
8. Aumentar o envolvimento dos estudantes na gestão das instituições de Ensino Superior;
9. Promover a atractividade do Espaço Europeu do Ensino Superior.

Em Setembro de 2003, os Ministros responsáveis pela Área do Ensino Superior de 33 Países Europeus, reunidos em Berlim, reafirmaram os objectivos descritos anteriormente, tendo adicionado:

10. Promover vínculos mais estreitos entre o Espaço Europeu do Ensino Superior e o Espaço Europeu de Investigação;
11. Alargar o sistema de dois ciclos, incluindo um terceiro ciclo no Processo de Bolonha, constituído pelo doutoramento e aumentar a mobilidade quer ao nível do doutoramento como do post-doutoramento.<sup>3</sup>

O processo de Bolonha deve ser encarado numa perspectiva ampla. A preocupação com a relevância das formações e a adopção do sistema ECTS pressupõe uma clara definição dos saberes que se espera que os estudantes adquiram e a implementação de novos métodos de aprendizagem, (Queiró et al, 2003).

Propõe-se passar de uma pedagogia por objectivos assente num modelo behaviorista para uma pedagogia de competências enquadrada no modelo sócio-construtivista, (Barreira & Moreira, 2004), colocando-se tanto às instituições do ensino superior como a todos os actores intervenientes, um desafio importante bem como a assunção de um novo paradigma educativo.

Dentro deste novo paradigma, os estudantes, devem ser encarados como participantes activos nos processos educativos reservando-se aos professores o papel de facilitadores

---

<sup>3</sup> Informação retirada do site da Direcção Geral do Ensino Superior, acedido em Julho 2010:  
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/>



e orientadores do percurso formativo, proporcionando as melhores e mais diversas oportunidades de aprendizagem.

Ainda nesta linha de pensamento e de acordo com o explicitado por Queiró et al (2003), são de três tipos as competências a adquirir pelos estudantes:

- “**Competências básicas:** Aprender a aprender, a conhecer...
- **Competências transversais:** aprender a conviver, aprender a ser...
- **Competências específicas:** aprender a fazer.”

Estas últimas assumem-se como de referência para uma determinada área disciplinar aplicadas num contexto determinado.

A linguagem das competências constitui-se assim, como uma das formas mais adequadas e actuais de comunicação e articulação entre as organizações educativas e profissionais, na perspectiva conjunta das Universidades Europeias e do projecto *Tuning*<sup>4</sup>, (Fernandes, 2007).

Os *curricula* organizados numa lógica de competências assentam, segundo Alonso (2004), citado por Carrondo (2006), num paradigma curricular integrador “que destaca a aprendizagem significativa e reflexiva e a cidadania como dois dos seus constructos centrais”.

Tendo o curso de Enfermagem em Portugal, passado a licenciatura, organizada em 4 anos, através do Decreto-lei de 1999, coloca-se também às Escolas Superiores de Enfermagem este importante desafio: traduzir os seus currículos em unidades de crédito (ECTS) e em competências, de forma a objectivar o perfil dos estudantes que formam, (Fernandes, 2007).

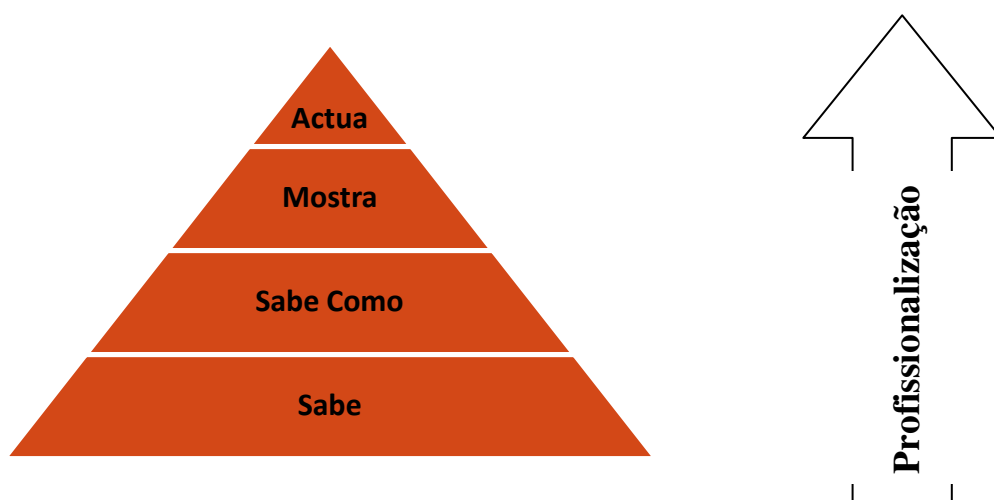
Em função desta integração e do movimento gerado pela Declaração de Bolonha, em 2001, a Ordem dos Enfermeiros, inicia um trabalho de identificação de um perfil de competências para o enfermeiro de cuidados gerais a que deve corresponder o recém-licenciado em Enfermagem. O resultado contempla 96 competências agrupadas nos

---

<sup>4</sup> O Tuning Education Structures Project in Europe define perfis profissionais comparáveis com vista ao aumento da empregabilidade no mercado europeu e surge logo após a Declaração de Bolonha.

domínios, Prática Profissional Ética e Legal; Prestação e Gestão dos Cuidados (inclui o sub-domínio em estudo, a Promoção da Saúde) e Desenvolvimento Profissional, (OE, 2004).

A questão que se coloca é: "O que o aluno deve ser capaz de fazer no final do curso?" ou, por outras palavras, "Qual a sua competência no início da sua vida profissional?" A estas questões colocadas por Rossum e Denekens (2003), numa versão preliminar de um trabalho sobre aprendizagem baseada em competências na formação médica inicial e apresentado no Seminário – Reflectir: Bolonha – na Universidade do Porto, os autores respondem usando a pirâmide de Miller. A pirâmide é útil para mostrar a relação entre os programas de ensino e desempenho profissional. É um modelo simplificado em quatro níveis: No primeiro, a base da pirâmide, o estudante tem que saber factos; No segundo nível, tem que saber como aplicar os factos (*know how*), o conhecimento não só é recuperável mas também aplicável a novos problemas. Estes primeiros patamares, estão ao nível da cognição que inclui conhecimento factual e os conceitos. Nos terceiro e quarto níveis, o estudante tem que lidar com as habilidades e comportamento. No terceiro nível, pode mostrar como se faz (*show how*) numa situação controlada (*in vitro...*), demonstrando a competência desejada. No quarto nível, executa as tarefas na realidade (*in vivo...*), (Rossum e Denekens, 2003; Vallés, 2009). Chegado ao topo da pirâmide, consideram que atingiu o nível inicial de desempenho profissional. Do documento consultado adaptou-se a figura da pirâmide de Miller que, abaixo se apresenta, para ilustrar este caminho descrito no sentido da profissionalização, (Figura1).



**Figura 2 - Pirâmide de Miller,**

**Fonte: Adaptada de Rossum & Denekens (2003)**

Nájera (2000), citado por Cabrera (2003) refere que já não chega consubstanciar a formação na mera transmissão de um corpo de conhecimentos, existe a necessidade de organizar os *currícula* no sentido de uma profissionalização que dê resposta às exigências emergentes do meio laboral e social. Também citado por Cabrera (2003), McBride (2000), reforça essa necessidade definindo o contexto actual da educação em Enfermagem como aquele que “se desenvolve num ambiente de grande dinamismo e enormes desafios, devendo enfrentar a rapidez das mudanças, o explosivo desenvolvimento dos conhecimentos, os conflitos dos valores sociais e culturais, o impacto da tecnologia e a diversificação das especialidades profissionais”.

Assim que orientações para a organização de um *currícula* de Enfermagem que integre todas estas exigências, formando profissionais competentes para prestar cuidados de enfermagem à pessoa ao longo do ciclo vital?

Leininger (1991), citada por Costa, (2001) “coloca o cuidado como domínio central do corpo de conhecimentos e das práticas de enfermagem”. A prática do cuidar deverá ser entendida como “uma actividade co-operante que se baseia na interacção entre quem cuida e quem é cuidado, e o seu êxito supõe a compreensibilidade do processo terapêutico e a sua sustentabilidade no acto de cuidar...” (Costa, 2001). Ainda segundo a mesma autora, esta asserção coloca os enfermeiros perante um saber agir profissional não confinado ao saber fazer porque se assume como “interdependente com actos, atitudes e emoções significativas dos e para os sujeitos e seus contextos”; porque dificilmente se restringe à razão técnica, incorporando uma acção social, intencional e contextualizada que implica interacção humana e tem como “veículo unificador a compreensão do cuidado”. (Costa, 2001)

Perante isto e o designado na declaração de Bolonha para o ensino superior, compreende-se que a formação deva ser concebida não à volta de assuntos e que assente o mais possível sobre situações reais. É nesta base que um *currícula* de Enfermagem pode assentar na resolução de problemas com vantagens já reconhecidas como: construção do processo de aprender segundo as necessidades, inter e transdisciplinaridade das abordagens, desenvolvimento e processos tutoriais de ensino, entre outras, (Costa, 1998). As unidades curriculares passam a incluir a componente teórico-prática, na qual as grandes turmas da aula teórica tradicional em anfiteatro, são divididas em pequenos grupos para “análise de situações problema em que o utente a

cuidar surge com dificuldades específicas e reais, que por sua vez, poderão conduzir ao estudo integrado de conceitos...”, de várias disciplinas como por exemplo, anatomia, fisiologia, enfermagem, patologia, psicologia, dependendo do caso a estudar. (Costa, 1998)

Ainda antes de passar à caracterização da instituição onde decorre estudo e dado que se desenvolve em torno da problemática da promoção e educação para a saúde no contexto da licenciatura em enfermagem, parece relevante pensar a interdependência entre a prática da promoção da saúde e o processo formativo nesta área.

Com o objectivo de caracterizar o desenvolvimento da promoção da saúde em âmbito universitário, realizou-se um simpósio integrado na VII Conferência Ibero-Americana de Educação em Enfermagem que identificou três cenários possíveis que se apresentam não com carácter absoluto mas como uma ferramenta pedagógica para reflectir a prática, a investigação, a formação disciplinar, a docência e as relações interinstitucionais e intersectoriais. (Ramirez, 2003)

- **Primeiro Cenário:** Tradicional, caracteriza-se por uma racionalidade morbicêntrica e unidisciplinar, em que a promoção da saúde gira em torno do biológico, não existindo uma clara diferenciação entre promoção da saúde e prevenção da doença. A prática converte-se em acções para minimizar ou anular o risco, as temáticas envolvidas são hábitos e estilos de vida saudáveis, autocuidado, resiliência, abordadas unidisciplinarmente limitando a um território exclusivo da área da saúde. Neste cenário o sector da saúde é o responsável pelas acções de promoção da saúde levadas à prática. Não existe relação clara das instituições formadoras com outras instituições neste âmbito. Na investigação predomina a abordagem quantitativa, essencialmente através de estudos epidemiológicos. Os espaços da prática não se convertem em campos de reflexão académica.
- **Segundo cenário:** De transição, a PS posiciona-se como um campo do conhecimento e prática que desvaloriza o curativo e o assistencial. Na formação reconhecem-se polaridades que definem a saúde: individual/colectivo; clínico/comunitário; político/técnico. Reconhece-se, neste contexto, a necessidade de participação de diversos sectores e a PS é explicitada nos *curricula* e nas políticas de saúde. Surgem experiências como municípios e

escolas promotores de saúde, embora o seu desenvolvimento seja determinado por uma concepção fragmentada do desenvolvimento social, em que as relações entre as instituições académicas e de saúde são também elas, fragmentadas. Emergem nos *curricula*, áreas como o desenvolvimento humano e a comunicação e na investigação, experiências pontuais com metodologias qualitativas. Na prática surgem projectos metodologicamente melhorados mas ainda assim pontuais. Nas relações entre a política e instituições académicas não existem vínculos que potenciem processos locais. As linhas de orientação políticas concebem o processo de EpS numa perspectiva de rentabilidade e mercantilização do serviço em que a participação das instituições académicas é marginal.

- **Terceiro cenário:** Entende-se a enfermagem e a promoção da saúde como práticas sociais. Desta forma a PS permite pensar a saúde como um direito. É reconhecida como um processo em permanente construção e norteia a formação nesta área. Os desenvolvimentos teóricos, conceptuais e metodológicos resultam de uma reflexão sobre a prática e para a prática voltam sob a forma de mais e melhores intervenções em promoção da saúde. A PS converte-se, ela própria, num dispositivo pedagógico, político, ético e técnico para a construção do conhecimento, onde se incorporam preocupações como: interdisciplinaridade, intersectorial, integralidade, *empowerment*, resiliência e redes sociais. Desaparecem os territórios disciplinares, focaliza-se em prioridades e problemáticas sociais e os profissionais de saúde desempenham um papel como co-autores de processos sociais. Nas relações entre as instituições pensa-se a PS num sentido construtivo de alternativas de vida e bem-estar em que apesar desta construção ser colectiva, o Estado tem a maior responsabilidade na definição e garantia das políticas públicas. Neste cenário as Universidades devem formar em PS todos os agentes educativos envolvidos e à investigação pede-se a compreensão de realidades diversas e plurais.

(Ramirez, 2003)

Pensando a realidade portuguesa no campo da promoção da saúde, o cenário que melhor se lhe adequa será talvez o de transição embora já se identifiquem algumas preocupações do estágio seguinte ainda que muito incipientes, especialmente ao nível da articulação institucional.

Passa-se então para uma breve caracterização da licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica com especial enfoque nas áreas que de alguma forma contribuem para se entender este estudo.

### **1.3.1 CLE da Universidade Atlântica**

A licenciatura em Enfermagem teve início na Universidade Atlântica, no ano lectivo de 2001/2002. Fez a sua adequação a Bolonha em 2004, tendo sido uma das primeiras em Portugal. O curso tem a duração de 8 semestres (4 anos) num total de 4646 horas. Cerca de 50% das horas são atribuídas a unidades curriculares teóricas e teórico-práticas e as restantes são atribuídas a unidades curriculares distribuídas pelos diferentes ensinamentos clínicos. As componentes, teórica e prática seguem um esquema de alternância em que as temáticas dos conhecimentos teóricos estão directamente relacionadas com os ensinamentos clínicos que precedem.

A licenciatura em Enfermagem da UATLA, “tem como finalidade contribuir para que os estudantes adquiram:

- ✓ A formação científica, humana, técnica e cultural que os habilite para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência ao ser humano ao longo do ciclo vital;
- ✓ Uma atitude de auto-formação ao longo do período académico que lhes permita a actualização constante dos seus saberes e o desenvolvimento de novas competências na vida pessoal e profissional.” (Fernandes et al, 2005)

Para dar cumprimento a esta finalidade e aos objectivos do curso, este está organizado de acordo com o plano de estudos aprovado pela portaria nº 1094/2001, de 12 de Setembro.

No 1º semestre são oferecidas unidades curriculares que privilegiam fundamentos básicos de enfermagem, biomédicos, sociais e éticos. Seguindo-se outras em que a aprendizagem teórica, teórico-prática e clínica seguem o *continuum* do ciclo vital, (anexo1).

As aprendizagens clínicas têm lugar desde o 1º ao 4º ano, constituem o primeiro contacto dos estudantes com os contextos da prática e onde maioritariamente decorre o processo de socialização profissional. Constituem importantes oportunidades de mobilização e integração de conhecimentos na constante dialéctica entre a teoria e a

prática. São percursos formativos insubstituíveis e determinantes em que a utilização de técnicas de supervisão pedagógica, adequadas ao desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, merecem uma atenção e reflexão por parte de todos os intervenientes.

As unidades curriculares (UC) que correspondem à disciplina de Enfermagem são teórico-práticas e como já referido, têm início no primeiro semestre com a Ciência da Enfermagem e depois distribuem-se pelos restantes semestres na lógica evolutiva do ciclo vital, desde a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (segundo semestre) até Enfermagem de Saúde do Idoso (sétimo semestre, ver em anexo plano de estudos).

Foi efectuada a análise das fichas das unidades curriculares que compõem o plano de estudos e que incluem competências a desenvolver pelo estudante, conteúdos programáticos, bibliografia recomendada, horas de trabalho do aluno, métodos de ensino e métodos de avaliação. No que diz respeito às UC da disciplina de Enfermagem, constata-se que os conceitos saúde/doença são abordados de forma equitativa na Ciência da Enfermagem, na Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Aumenta o peso da saúde sobre a doença nas UC, Enfermagem de Saúde do Idoso e Enfermagem Comunitária. Diminui esta perspectiva salutogénica, embora ainda valorizada em cerca de um quarto das horas da disciplina, nas UC Enfermagem de Saúde do Adulto – especialidades médicas e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. As UC em que os conteúdos assentam na totalidade na área da doença são a Enfermagem de Saúde do Adulto – especialidades cirúrgicas, que surge no plano de estudos na continuidade das especialidades médicas logo, as temáticas ligadas a esta fase do desenvolvimento humano já foram abordadas e a Enfermagem de Emergência, ministrada no 8º semestre do curso.

Encontram-se distribuídas por diferentes Unidades Curriculares ao longo do Curso um conjunto de competências para a prática da Promoção e EpS das quais se salienta: o desenvolvimento de conhecimentos sobre pedagogia, teorias de aprendizagem, métodos e técnicas pedagógicas; a capacidade de identificação de necessidades numa população alvo; o planeamento de acções educativas; a capacidade de implementação de programas e a capacidade de avaliação, privilegiada a compreensão sistémica das acções de Educação para a Saúde e programas de Promoção da Saúde, na UC do 1º semestre do curso, Metodologia de Estudo e Pedagogia (MEP) e mais tarde já numa

perspectiva mais avançada, na Enfermagem Comunitária do 8º semestre. Contributos da Sociologia da Saúde e da Família bem como da Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento, Psicologia das Relações Interpessoais, Integração na Equipa de Saúde onde, para além dos saberes disciplinares, são trabalhadas com os estudantes capacidades comunicacionais indispensáveis para o estabelecimento da relação pedagógica e para a transmissão clara e assertiva da informação, capacidade de relação, trabalho de grupo e em equipa. A Epidemiologia, Estatística e Investigação contribuem com ferramentas de recolha, análise e interpretação de resultados. Durante os ensinamentos clínicos (EC) e mais consistentemente nos realizados em âmbito dos cuidados de saúde primários, todas estas competências são desenvolvidas e validadas. Em cada um destes ensinamentos clínicos, com início logo no 2º semestre do curso, os estudantes realizam pelo menos uma acção de EpS na qual cumprem e fundamentam por escrito, todos os passos do planeamento, desde a avaliação inicial, passando pela preparação, implementação e avaliação de acções educativas. Após cada acção de EpS, tem lugar uma reunião de avaliação, com os estudantes promotores da acção, o docente supervisor do EC e o(s) enfermeiro(s) orientador(es) do local de estágio.

Os estudantes fazem a sua avaliação da sessão com base nos resultados obtidos. Identificam pontos fortes, dificuldades/fragilidades e estratégias de melhoria para as sessões educativas seguintes. Segue-se a análise conjunta de orientadores, supervisor e estudantes de todos os aspectos que fazem parte da folha de critérios de avaliação. Comentam-se as conclusões dos estudantes fornecendo pistas e sugestões para as próximas sessões.

Resta falar do EC de opção no seu módulo de Enfermagem Comunitária, dado ser neste contexto que se solicitou aos estudantes uma reflexão sobre a aplicação de competências em EpS.

Desenvolve-se durante 7 semanas, em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e os estudantes são distribuídos, em grupos de 4 ou 5 elementos, por um enfermeiro de referência de cada unidade. Após contactos iniciais com o enfermeiro de referência para identificação de uma área de necessidade, os estudantes constroem ainda em período de aulas, um projecto de intervenção na comunidade onde irão ficar inseridos.



O objectivo principal deste EC passa pela implementação do projecto de intervenção comunitária e sua avaliação. As competências a desenvolver ou adquirir pelos estudantes encontram-se agrupadas num instrumento de avaliação utilizado pelos intervenientes no processo educativo, tanto no momento da avaliação formativa como na avaliação sumativa em final de EC (anexo 2).



## CAPÍTULO II – Percurso Metodológico

Neste capítulo apresentam-se todas as opções metodológicas e respectiva fundamentação que levaram à construção do desenho metodológico do estudo.

Relembrem-se o objectivo e as questões de investigação explicitados na introdução deste relatório mas fundamentais nesta fase para compreender as decisões tomadas.

**Objectivo do estudo:** *«descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde».*

### **Questões de investigação:**

- Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?
- Quais as competências em EpS que os estudantes finalistas consideram ter aplicado em ensino clínico de Enfermagem Comunitária?
- Quais as áreas de intervenção do enfermeiro que os estudantes privilegiam para aplicar e desenvolver competências em EpS?
- Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunir no final da licenciatura?

Pretende-se chegar ao conjunto de competências em EpS apresentadas pelos estudantes finalistas conhecendo a sua perspectiva sobre essas competências bem como a sua aplicabilidade actual e futura como enfermeiro em diversos contextos profissionais.

Este capítulo é assim, constituído pelos seguintes subcapítulos: tipo de estudo; meio e população alvo; variáveis; método de colheita de dados; método de tratamento de dados e considerações éticas.

### **2.1 Tipo de estudo**

Após revisão da literatura não foram encontrados estudos realizados em Portugal, que identificassem as competências dos estudantes finalistas em EpS. Assim e tendo em conta o objectivo formulado, optou-se por um estudo exploratório, descritivo. Pretende-

se descrever as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão global de uma população (Fortin, 2009).

Optou-se por um desenho de natureza quantitativa porque tendo como linha de orientação os trabalhos elaborados quer pela Ordem dos Enfermeiros na definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais, quer por um grupo de professores de uma escola de Enfermagem na construção de uma matriz de competências para a licenciatura, pretende-se identificar competências em EpS percebidas pelos estudantes finalistas.

## **2.2 Meio e População alvo**

O meio escolhido para realizar este estudo foi uma instituição universitária da região de Lisboa onde seria possível aceder a uma população que permitisse dar resposta às questões de investigação colocadas.

Constitui a população do estudo a totalidade dos estudantes finalistas de Enfermagem no ano lectivo 2009/2010 da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica em número de 62 elementos.

Pretendendo descrever as competências em EpS com que os recém-licenciados percebem apresentar-se no mercado de trabalho pareceu-nos pertinente identificá-las junto de estudantes finalistas.

Deveu-se a escolha desta população à facilidade de acesso, tanto aos estudantes em si, como aos documentos relativos ao plano curricular desta licenciatura bem como às fichas de cada unidade curricular. Também como razão da escolha pesou o facto de se estar integrada na referida instituição, como docente, tendo responsabilidade em unidades curriculares que concorrem para a aquisição e desenvolvimento das competências dos estudantes em EpS.

## **2.3 Variáveis**

Foram utilizadas como variáveis de atributo para caracterização dos participantes do estudo, as seguintes: idade, género e formação adicional.

Tem-se como variável de investigação: **percepção dos estudantes finalistas de Enfermagem sobre as suas competências em EpS.**

Esta variável é medida nas dimensões, unidades curriculares que concorrem para o desenvolvimento de competências em EpS, perfil de competências em EpS do estudante finalista e a aplicação dessas competências em ensino clínico, através da técnica de inquérito para recolha de dados com a aplicação de um questionário que se passa a descrever no próximo subcapítulo.

## **2.4 Método de Recolha de Dados**

A recolha de dados efectua-se através da aplicação de um questionário (apêndice 5) a todos os estudantes finalistas construído para o efeito uma vez que não foi encontrado nenhum que servisse os propósitos do estudo. De qualquer forma usou-se como modelo o questionário construído no âmbito de um estudo efectuado sobre as competências de Enfermagem (Mendonça, 2009).

Organizou-se o questionário em duas partes distintas, a primeira serve para uma breve caracterização dos participantes do estudo e compreende as variáveis definidas como variáveis de atributo. Tem três questões fechadas e uma aberta. A segunda parte centra-se no fenómeno do estudo e é composta por um conjunto de 49 critérios, identificados no estudo de Nunes et al (2007), para medir as competências do domínio Promoção da Saúde (OE, 2003) que se pretende sejam analisados pelo estudante na perspectiva da sua presença e aplicação em EC de Enfermagem Comunitária. Esta análise é traduzida pelo posicionamento do estudante em relação a cada critério com uma resposta numa escala tipo likert que se escolheu variar entre «muito competente» e «nada competente». Para encurtar o espaço ocupado na folha do questionário usaram-se siglas que intencionalmente colocaram em evidência o objecto de estudo, a competência, como se exemplifica para «muito competente», mC. Relativamente à aplicação das competências, em ensino clínico, optou-se por uma questão dicotómica, «sim» ou «não» colocadas a par da escala anterior dentro de cada competência para facilitar o preenchimento do questionário. Terminam, esta segunda parte, duas questões abertas, uma pretende identificar as razões da não aplicação de algumas competências em EpS durante o ensino clínico de Enfermagem Comunitária e outra dar resposta à questão de

investigação: Quais as áreas de intervenção do enfermeiro, os estudantes privilegiam para aplicar e desenvolver competências em EpS?

Para uma melhor compreensão de quais as dimensões que medem a variável de investigação e a sua operacionalização na construção da segunda parte do questionário, apresenta-se a seguinte tabela que se encontra dividida por dimensões, indicadores e questões formuladas:

**Tabela 2: Dimensões da variável de investigação – Questionário; Parte II**

Dimensões	Indicadores	Questões
<b>Unidades curriculares</b>	Contributo para o desenvolvimento de competências em EpS	Q1
<b>Presença das competências em EpS</b>	Posicionamento do estudante relativo a cada competência	Q2A
<b>Aplicação das competências em EpS em EC</b>	Concordância	Q2B
	Razões da não aplicação por grau de importância	Q3
<b>Áreas de intervenção em Enfermagem</b>	Identificação das diferentes áreas	Q4

Validade de conteúdo – Foi intencional a escolha do domínio de competências referenciado no documento da OE (2003) relativo à Promoção da Saúde e prendeu-se em primeiro lugar com o facto de ser a Ordem a organização reconhecida para a certificação de competências em Enfermagem e em segundo lugar, com o percurso realizado para chegar ao documento final sobre o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais e que se passa a citar:

“• construir consensos sobre o conjunto de competências dos enfermeiros de cuidados gerais entre uma amostra de enfermeiros (integrando os participantes nos workshops, os membros dos

Órgãos Sociais da OE, os membros do grupo de trabalho sobre a acreditação da formação e da certificação individual de competências, as escolas superiores de enfermagem e as associações profissionais de enfermeiros), utilizando o método Delphi;

- utilizar as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse, bem como a sua organização por domínios, como base para a construção da primeira ronda do estudo;
- traduzir as competências do enfermeiro de cuidados gerais para português a partir do ICN *Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, após obtida a autorização do ICN para o efeito;
- tratar e discutir os dados.”, (OE, 2003).

De acordo com os resultados obtidos chegou o Conselho de Enfermagem da Ordem a um documento de consenso: “competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2003).

Relativamente aos critérios para medir cada uma das competências do domínio seleccionado usaram-se as afirmações resultantes de um trabalho efectuado por um grupo de professores de uma Escola Superior de Saúde e validado pelos restantes docentes de Enfermagem da respectiva escola. Para tal foi pedida autorização que se junta (apêndice 1).

Procedeu-se igualmente a uma validação do conteúdo junto de um conjunto de seis peritos na área temática, na disciplina e em elaboração de questionários. Para o efeito enviaram-se por correio electrónico o projecto do estudo, o questionário e um formulário (apêndice 2) onde os peritos escrevessem a sua opinião e sugestões que considerassem pertinentes para aumentar a eficiência do instrumento de colheita de dados. Identificaram falta de objectividade em alguns critérios, tendo-se efectuado as respectivas alterações que se dão conta na tabela três.

**Tabela 3: Alterações sugeridas pelo painel de peritos**

Competência	Critério	Alteração
32	1º	Acrescentaram-se os alvos das orientações estratégicas, PS e EpS, para uma melhor clareza.
	5º	Para clarificar acrescentou-se a expressão «dessas políticas»
33	2º	Para simplificar, reescreveu-se o critério e trocou-se de

Competência	Critério	Alteração
		posição com o 1º por uma questão de hierarquia no processo.
34	5º	Retirado o critério «incentiva a participação da pessoa significativa e apoio da comunidade» por se considerar incluído nas competências 36 e 37.
35	5º	Substituída a palavra «atenta» por «respeita» e posicionado como 3º critério novamente por uma lógica de processo.
37	4º	Acrescentou-se «do cliente», para clarificar.
39	3º	Retirado este critério por se considerar que se as práticas/hábitos do cliente são tidos em conta no processo de planeamento isso traduz-se nos cuidados prestados.

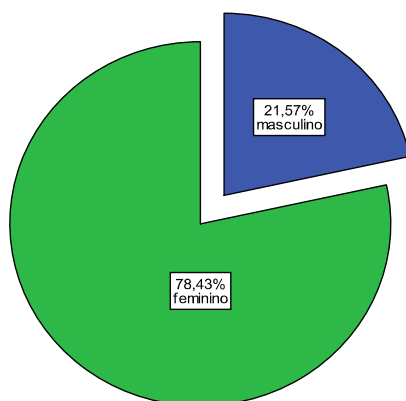
O pré-teste foi efectuado a 10 estudantes, finalistas de Enfermagem, com características semelhantes aos participantes do estudo tendo como resultado a alteração da ordem dos itens da escala de likert para uma forma crescente, de «nada competente» a «muito competente». Foi igualmente reformulada a última questão introduzindo-se a palavra «privilegia» para motivar à selecção de entre as áreas de intervenção em Enfermagem. Considerou-se que as alterações sugeridas não constituíram mudanças importantes que implicassem a realização de um segundo pré-teste.

Para a distribuição dos questionários contou-se com a colaboração dos professores orientadores dos estudantes em ensino clínico, colocados em diferentes organizações de saúde para o estágio final, «ensino clínico opcional». Foram distribuídos, entre 21 de Junho e 2 de Julho de 2010, 62 questionários, número que corresponde à totalidade de estudantes finalistas, devolvidos 55 e inutilizados quatro, dois deles totalmente em branco e dois não completamente preenchidos. Obteve-se uma taxa de resposta efectiva de 82,26%. Segundo Bowling e Ebrahim, (2005) “a adequação da taxa de resposta depende do objectivo do estudo (...)”. Depende igualmente do tipo de análise que o investigador pretende utilizar, embora não seja simples dizer quantos casos são necessários para cada investigação (Hill & Hill, 2000). Como o presente estudo é de



natureza exploratória e descritiva considera-se a taxa de resposta obtida como muito boa.

O conjunto de estudantes que participaram no estudo corresponde a um N igual a 51 elementos e é constituído na sua maioria por mulheres, 78,4% (40), sendo os homens 22,6% (11) do total.



**Figura 3 - Caracterização dos participantes segundo o género**

Estes resultados estão de acordo com as características da população de enfermeiros portugueses em questões de género mantendo-se a tendência para um ligeiro aumento da população masculina nos últimos anos. Segundo dados retirados do site da OE, da totalidade de membros inscritos na Ordem em 2009<sup>5</sup>, 81,2% são enfermeiras e 18,8% são enfermeiros.

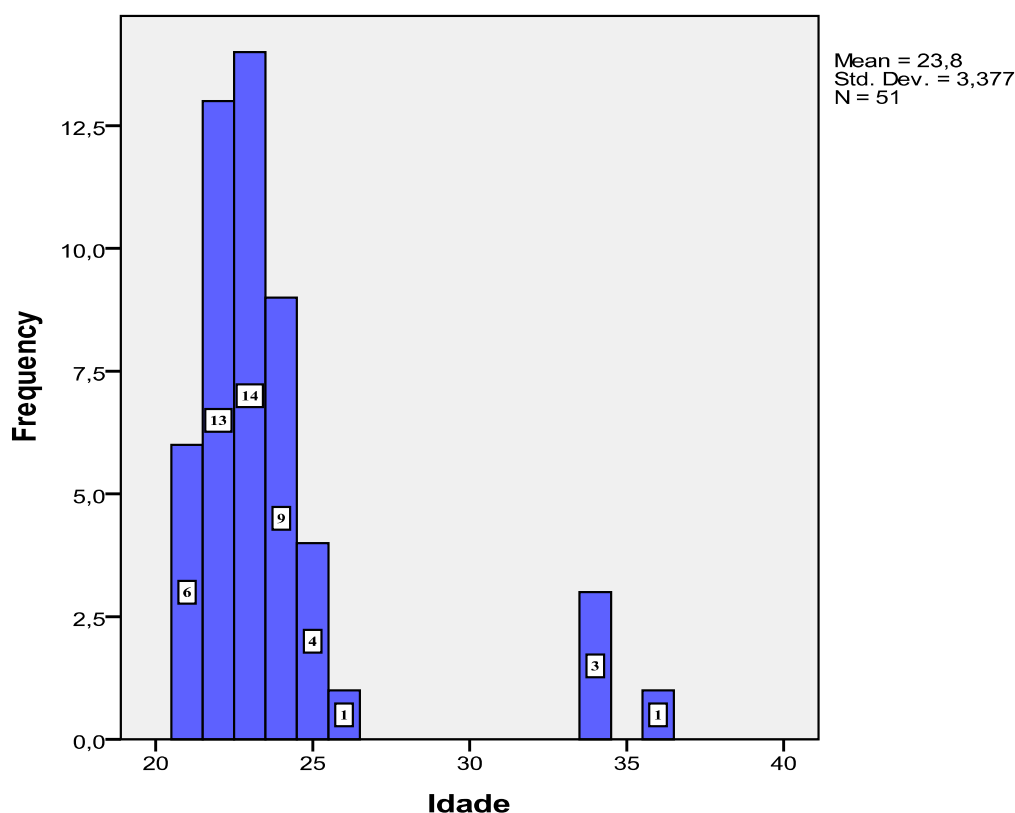
A idade dos participantes varia entre um mínimo de 21 e um máximo de 36 anos, situando-se a média em 23,8 com um desvio padrão de 3,38 como se pode ler na tabela seguinte.

**Tabela 4: variável idade, estatísticas descritivas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade		21	36	23,80	3,377
N (válido)	51				

<sup>5</sup> Acedido em Julho 2010 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>

O gráfico ilustra como se distribuem os estudantes relativamente à idade que referiram ter à data da colheita de dados sendo que a moda e a mediana correspondem a 23 anos.



**Figura 4 - Distribuição dos participantes segundo a idade**

Se for feita a comparação da distribuição dos estudantes que participaram no estudo com os dados da Direcção Geral do Ensino Superior (DGES)<sup>6</sup> relativos à distribuição por idades dos estudantes que em 2004/2005 ingressaram num curso superior verifica-se estarem concordantes. A maioria dos estudantes que ingressou numa licenciatura fê-lo com idades compreendidas entre 17 e 21 anos (65,7%). Na população deste estudo os estudantes finalistas apresentam maioritariamente idades compreendidas entre 22 e 24 anos (70,6%), sendo o curso de Enfermagem de 4 anos, fica explicada a concordância.

Relativamente aos dados para a variável, outra formação, um estudante identificou o curso de Análises Clínicas como formação anterior. Os restantes, ou seja 98% (50), referiram não ter feito ou estar a fazer outra formação.

<sup>6</sup> Consultado o site em Julho 2010: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/AssuntosDiversos/Estudos/>

## 2.5 Método de tratamento dos dados

De acordo com o desenho descritivo preconizado para este estudo, os procedimentos estatísticos seleccionados são a estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão, bem como o recurso a tabelas de frequências através do programa informático PASW *estatistics* 18 e Excel para Windows 7.

Para o tratamento dos dados correspondentes às questões abertas do instrumento de colheita de dados utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, categorial de Bardin que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir as diferentes unidades de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias construídas ou pré-existentes. “Uma análise de conteúdo pressupõe a definição de três tipos de unidades: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração”, (Vala, 2007) permitindo a última, a quantificação dos dados obtidos e tendo sido seguido para a sua identificação o procedimento de acordo com o autor.

## 2.6 Considerações éticas

Para que fosse possível a aplicação do questionário, foi feita uma carta de pedido de autorização para recolha de dados ao reitor da Universidade e directora da licenciatura em Enfermagem transmitindo o objectivo do estudo tendo sido deferido por ambos (Apêndice 3).

Quando se faz investigação em que os sujeitos do estudo são pessoas e segundo Fortin (2009), é crucial ter em consideração que devem ser salvaguardados os direitos à autodeterminação, privacidade, anonimato, confidencialidade, protecção contra o desconforto e prejuízo, bem como o tratamento justo e equitativo.

Desta feita, os formulários de consentimento informado que após assinatura, atestam a participação livre e esclarecida, só foram distribuídos após ter sido efectuada, com cada estudante, a reunião de avaliação final da unidade curricular «ensino clínico opcional» que engloba os módulos Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Cuidados Intensivos ou Emergência constituindo o fim da licenciatura de acordo com o actual plano de estudos, (anexo 1). Pretendeu-se tornar inequívoco para os estudantes que a

sua decisão relativamente à participação no estudo não teria qualquer efeito nos resultados académicos.

O formulário de consentimento informado, com o compromisso expresso de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, foi distribuído aquando dos questionários (Apêndice 4). Foi destacado, após assinatura e colocado em envelope destinado a todos os formulários recolhidos. Cada questionário preenchido foi colocado, pelo estudante, em envelope fechado e posteriormente guardado dentro de uma caixa arquivadora. Os envelopes só foram abertos após completada a recolha de dados.

Segue-se o capítulo destinado a apresentação, análise e discussão dos resultados.

## **CAPÍTULO III – Apresentação e Análise dos resultados**

Neste capítulo organizam-se e interpretam-se os dados recolhidos, discutem-se os achados com recurso à literatura consultada por forma a serem encontradas as respostas às questões de investigação que serviram de ponto de partida para este estudo.

Cumpra a seguinte organização: Estudo das competências e Discussão dos resultados.

Para facilitar a leitura e análise dos resultados estes foram organizados em quadros que a seguir se apresentam.

### **3.1 Estudo das competências**

Este subcapítulo está sequenciado utilizando a estrutura do instrumento de colheita de dados, começa-se por descrever quais as unidades curriculares que os estudantes indicaram como maior contributo para a aquisição de competências em EpS, seguem-se os dados, competência a competência e respectivos critérios para a medir. Termina-se com a indicação das razões que, no entender dos estudantes, impediram a aplicação de determinadas competências no último ensino clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e as áreas que privilegiam para aplicarem e desenvolverem o perfil de competências em EpS que transportam para a vida profissional.

Para se chegar às unidades curriculares mais referidas pelos estudantes utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo categorial, identificando-se as três categorias seguintes: Unidades Curriculares Teóricas, Unidades Curriculares Teórico-Práticas e Ensinos Clínicos.

No quadro abaixo representado pode ler-se que as componentes teórico-práticas (224 UE) e práticas (193 UE) foram as mais referidas pelos estudantes como contribuindo para a aquisição de competências em EpS. Dentro destas, as unidades curriculares teórico-práticas que somam maior número de unidades de enumeração são Metodologia de Estudo e Pedagogia - MEP (40), Enfermagem Comunitária (29), tendo sido referidas pela maioria dos participantes. Enfermagem de Saúde Adulto – especialidades médicas (20), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (20) e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (19) obtiveram também um número importante de referências.

Relativamente às unidades curriculares que correspondem a ensinos clínicos, tem-se que aqueles que se realizam na área de cuidados de saúde primários (127 UE) foram referidos pela maioria dos participantes obtendo um número de unidades de enumeração que varia entre 30 e 33, sendo o último EC (Ensino Clínico de Opção) no seu módulo de Enfermagem Comunitária, aquele a que corresponde este último valor. Os EC realizados no âmbito dos CSD (66 EU) como Enfermagem de Saúde Adulto – em (22), Enfermagem de Saúde Adulto – ec (22) e Ensino Clínico de Opção - Módulo Cuidados Intensivos (22), obtiveram um número também interessante de referências. Obtiveram-se no total, 429 referências a Unidades Curriculares.

**Quadro 2 - UC que contribuíram para aquisição de competências em EpS**

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de contexto</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Unidades de Enumeração</b>
<b>Uc Teóricas</b>	Sociologia	Sociologia da Saúde	3
		Sociologia da Família	4
		Sub-Total	7
	Patologia	Patologia	5
<b>Total</b>			<b>12</b>
<b>Uc Teórico-Práticas</b>	Enfermagem	Ciência da Enfermagem	15
		Saúde Materna e Obstétrica	20
		Saúde Infantil e Pediátrica	19
		Saúde Adulto – especialidades médicas (em)	20
		Saúde Adulto – especialidades cirúrgicas (ec)	16
		Saúde do Idoso	15
		Comunitária	29
		Urgência e Emergência	17
		Sub-Total	151
	Investigação	Investigação	11
		Ciclos Temáticos	2
		Sub-Total	13
	Pedagogia	Metodologia de Estudo e Pedagogia	40
	Psicologia	P. das Relações Interpessoais	6
		P. do Desenvolvimento	4
		P. da Saúde	2
		Integração na Equipa de Saúde	3
		Sub-Total	15
	Anatomia	Anatomia	2
	Farmacologia	Farmacologia	3

Categorias	Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de Enumeração
Total			224
Ensino Clínico	CSP	Saúde Materna	32
		Saúde Infantil	32
		Saúde do Idoso	30
		Enfermagem Comunitária	33
		Sub-Total	127
	CSD	Saúde do Adulto- em	22
		Saúde do Adulto- ec	22
		Cuidados Intensivos	22
		Sub-Total	66
Total			193
Total			429

Apresentam-se, em seguida, os dados sobre o posicionamento dos estudantes relativo a cada competência a par da sua aplicação em ensino clínico para facilitar a leitura e a análise.

Para a **competência 32** - *Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais*, do domínio em estudo, pode ler-se no quadro 3 que:

- No critério «Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS» os estudantes posicionaram-se, 51% (26) nas opções pouco competente e nada competente e os restantes 49% (25) nas opções competente e muito competente.
- Para o critério «Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global», 29,4% (15) dos estudantes assinalaram a opção pouco competente e 70,6% (36) as opções competente ou muito competente.
- Nos critérios «Interpreta projectos, programas e orientações técnicas» e «Analisa os indicadores de saúde disponíveis» os participantes assinalaram na maioria as opções competente e muito competente com 84,3% (43) e 90,2% (46) para cada critério respectivamente.
- Para o critério «Compreende as implicações dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos», 78,4% (40) dos estudantes assinalaram as opções competente e muito competente enquanto 21,6% (11) se posiciona na opção pouco competente.

**Quadro 3 - C32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais**

(32) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS	4	7,8%	22	43,1%	23	45,1%	2	3,9%	51	100%
Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global	0	0,0%	15	29,4%	34	66,7%	2	3,9%	51	100%
Interpreta projectos, programas e orientações técnicas	1	2,0%	7	13,7%	40	78,4%	3	5,9%	51	100%
Analisa os indicadores de saúde disponíveis	0	0,0%	5	9,8%	44	86,3%	2	3,9%	51	100%
Compreende as implicações dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos	0	0,0%	11	21,6%	35	68,6%	5	9,8%	51	100%

Quanto à aplicação desta competência 32 em EC de Enfermagem Comunitária os resultados distribuem-se como se apresenta no quadro 4 e que se resume da seguinte forma:

Para o primeiro critério que diz respeito ao conhecimento das orientações estratégicas para a promoção e educação para a saúde, 72,5% (37) refere aplicar e 27,5% não aplica. Já no último critério que diz respeito à compreensão das implicações das políticas de saúde, os valores correspondem a 86,3% (44) a responder que aplica e 13,7% (7) que não aplica. Para os restantes critérios como se pode ler no quadro os valores rondam os 90% para os que referem aplicar.

**Quadro 4 - C32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais. Aplicou em EC?**

(32) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS_aplicou em EC	37	72,5%	14	27,5%	51	100%
Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global_aplicou em EC	45	88,2%	6	11,8%	51	100%
Interpreta projectos, programas e orientações técnicas_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100%
Analisa os indicadores de saúde disponíveis_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Compreende as implicações dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos_aplicou em EC	44	86,3%	7	13,7%	51	100%

Relativamente à **competência 33 - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades**, obtiveram-se os seguintes resultados (quadro 5):



A maioria dos estudantes, com valores na ordem dos 75%, posicionou-se como competente em todos os critérios que medem esta competência. À opção pouco competente, a distribuição pelos quatro critérios, oscilou entre os 8% e 12%. De referir que 3,9% (2) dos participantes assinalou nada competente no critério «Identifica, em equipa áreas-problema na promoção da saúde».

**Quadro 5 - C33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades**

(33) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica parceiros e recursos comunitários	0	0,0%	4	7,8%	<b>38</b>	74,5%	9	17,6%	51	100%
Identifica, em equipa áreas problema na PS	2	3,9%	4	7,8%	<b>39</b>	76,5%	6	11,8%	51	100%
Adequa o processo de planeamento à EpS	0	0,0%	5	9,8%	<b>40</b>	78,4%	6	11,8%	51	100%
Articula o planeamento com as comunidades envolvidas	0	0,0%	6	11,8%	<b>39</b>	76,5%	6	11,8%	51	100%

Em termos da aplicação desta competência 33 em ensino clínico, os estudantes referiram que aplicavam na sua maioria todos os critérios que medem esta competência. Variando os valores para os que não aplicam entre um mínimo de 3,9% (2) e um máximo de 5,9% (3) dos participantes, como se pode ler no quadro 6.

**Quadro 6 - C33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades. Aplicou em EC?**

(33) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica parceiros e recursos comunitários_aplicou em EC	<b>49</b>	96,1%	2	3,9%	51	100%
Identifica, em equipa áreas problema na PS_aplicou em EC	<b>49</b>	96,1%	2	3,9%	51	100%
Adequa o processo de planeamento à EpS_aplicou em EC	<b>48</b>	94,1%	3	5,9%	51	100%
Articula o planeamento com as comunidades envolvidas_aplicou em EC	<b>49</b>	96,1%	2	3,9%	51	100%

No que diz respeito à **competência 34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde**, apresentam-se os seguintes resultados no quadro 7:

A maioria dos estudantes (entre 74,5% e 80,4%) situa-se em competente em todos os critérios apresentados. Para o critério «Identifica factores externos das determinantes da

saúde», 13,7% (7) posiciona-se em pouco competente e 2% (1) em nada competente. Igual situação para o critério «Utiliza o conhecimento sobre os factores externos das determinantes da saúde». Para o critério «Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente» também 13,7% (7) dos estudantes se posiciona em pouco competente.

**Quadro 7 - C34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde**

(34) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica factores externos das determinantes da saúde	1	2,0%	7	13,7%	<b>39</b>	76,5%	4	7,8%	51	100%
Utiliza o conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde	1	2,0%	7	13,7%	<b>39</b>	76,5%	4	7,8%	51	100%
Identifica factores internos determinantes da saúde, incluindo os estilos de vida	0	0,0%	3	5,9%	<b>41</b>	80,4%	7	13,7%	51	100%
Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente	0	0,0%	7	13,7%	<b>38</b>	74,5%	6	11,8%	51	100%

No quadro 8 podemos ler que uma maioria expressiva (entre 86,3% e 94,1%) dos estudantes consegue aplicar todas as competências que correspondem aos critérios para medir esta competência. O critério «Utiliza o conhecimento sobre os factores externos das determinantes da saúde» não é aplicado por 13,7% (7) dos estudantes.

**Quadro 8 - C34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. Aplicou em EC?**

(34) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica factores externos das determinantes da saúde_aplicou em EC	<b>46</b>	90,2%	5	9,8%	51	100%
Utiliza o conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde_aplicou em EC	<b>44</b>	86,3%	7	13,7%	51	100%
Identifica factores internos determinantes da saúde, incluindo os estilos de vida_aplicou em EC	<b>48</b>	94,1%	3	5,9%	51	100%
Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente_aplicou em EC	<b>47</b>	92,2%	4	7,8%	51	100%

Os resultados para a **competência 35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação**, são apresentados no quadro

9 onde pode ler-se que a maioria dos estudantes se posiciona nas opções competente e muito competente em todos os critérios desta competência. Onde há indicação de alguma dificuldade é no critério «Integra a equipa na definição de objectivos» em que 11,8% (6) dos participantes assinalou pouco competente.

Em termos da aplicação desta competência em EC referem fazê-lo maioritariamente para todos os critérios, cujos valores de resposta positiva variam entre um valor mínimo de 96,1% (que corresponde ao critério «Integra a equipa na definição de objectivos», atrás referido como gerador de alguma dificuldade) e um valor máximo de 100% como apresentado no quadro 10.

**Quadro 9 – C35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação**

(35) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar	0	0,0%	0	0,0%	28	54,9%	23	45,1%	51	100%
Colabora na identificação das necessidades em EpS	0	0,0%	2	3,9%	37	72,5%	12	23,5%	51	100%
Respeita as características da comunidade e de populações específicas	0	0,0%	1	2,0%	32	62,7%	18	35,3%	51	100%
Integra a equipa na definição de objectivos	0	0,0%	6	11,8%	28	54,9%	17	33,3%	51	100%
Propõe actividades para a PS e PD	0	0,0%	2	3,9%	35	68,6%	14	27,5%	51	100%
Identifica os resultados esperados decorrentes das intervenções	0	0,0%	2	3,9%	38	74,5%	11	21,6%	51	100%
Contribui para a avaliação das intervenções, em qualquer contexto	0	0,0%	4	7,8%	35	68,6%	12	23,5%	51	100%

**Quadro 10 - C35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. Aplicou em EC?**

(35) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar_aplicou em EC	51	100,0%	0	0,0%	51	100%
Colabora na identificação das necessidades em EpS_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Respeita as características da comunidade e de populações específicas_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Integra a equipa na definição de objectivos_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100%
Propõe actividades para a PS e PD_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Identifica os resultados esperados decorrentes das intervenções_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Contribui para a avaliação das intervenções, em qualquer contexto_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%

Já para a **competência 36** - *Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde*, pode ler-se no quadro seguinte que:

- Relativamente ao critério «Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local» a percepção dos estudantes sobre o seu grau de competência divide-se entre a opção competente (52,9%) e pouco competente (45,1%).
- A maioria dos participantes refere ser competente nos critérios, «Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família», (74,5%) e «Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários», (80,4%).
- No critério «Encaminha para os recursos disponíveis» obtiveram-se os resultados de 62,7% para a opção competente e 25,5% para a opção pouco competente.

**Quadro 11 - C36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde**

(36) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local	0	0,0%	23	45,1%	27	52,9%	1	2,0%	51	100%
Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família	0	0,0%	7	13,7%	38	74,5%	6	11,8%	51	100%
Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários	0	0,0%	6	11,8%	41	80,4%	4	7,8%	51	100%
Encaminha para os recursos disponíveis	1	2,0%	13	25,5%	32	62,7%	5	9,8%	51	100%

Quanto à aplicação desta competência em EC, embora a maioria dos estudantes com resultados entre 82,4% (42) e 96,1% (49) se tenha posicionado na opção «sim», nos critérios, «Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local» e «Encaminha para os recursos disponíveis», respectivamente, 17,6% (9) e 15,7% (8) dos estudantes assinalaram a opção «não». Pode fazer-se uma leitura mais detalhada destes resultados no quadro 12 que abaixo se apresenta.

**Quadro 12 - C36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde. Aplicou em EC?**

(36) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local_aplicou em EC	42	82,4%	9	17,6%	51	100%
Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100%
Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100%
Encaminha para os recursos disponíveis_aplicou em EC	43	84,3%	8	15,7%	51	100%

Na **competência 37** - *Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável*, os resultados ilustrados no quadro 13 indicam que a maioria dos estudantes se percepção como competente em todos os indicadores

com valores a variar entre 70,6% (36) no 1º critério e 78,4% (40) no 3º critério. Sobressaem os critérios «Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões» e «Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável» com um resultado conjunto das opções competente e muito competente de 98,1% (50) e 96% (49), respectivamente. Refere-se ainda nos critérios «Conhece os mecanismos e estratégias de *empowerment*» e «Funciona como recurso para a tomada de decisão do cliente» um valor de 15,7% (8) na opção pouco competente em ambos os critérios.

**Quadro 13 - C37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável**

(37) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os mecanismos e estratégias de empowerment	0	0,0%	8	15,7%	<b>36</b>	70,6%	7	13,7%	51	100%
Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões	0	0,0%	1	2,0%	<b>39</b>	76,5%	<b>11</b>	21,6%	51	100%
Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável	0	0,0%	2	3,9%	<b>40</b>	78,4%	9	17,6%	51	100%
Funciona como recurso para a tomada de decisão do cliente	0	0,0%	8	15,7%	<b>37</b>	72,5%	6	11,8%	51	100%

Quanto à sua aplicação em EC, lê-se no quadro 14 que a maioria dos participantes responde afirmativamente em todos os critérios que medem esta competência. No 1º critério, «Conhece os mecanismos e estratégias de *empowerment*», 9,8% (5) dos estudantes assinalou a opção «não aplicou».

**Quadro 14 - C37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável. Aplicou em EC?**

(37) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os mecanismos e estratégias de empowerment_aplicou em EC	<b>46</b>	90,2%	<b>5</b>	9,8%	51	100%
Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Funciona como recurso para a tomada de decisão do cliente_aplicou em EC	<b>50</b>	98,0%	1	2,0%	51	100%

Os resultados para a **competência 38** - *Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação*, estão apresentados nos quadros, 15 e 16 podendo resumir-se:

- A maioria dos estudantes percepciona-se como competente em todos os critérios desta competência. Os valores variam entre 52,9% (27) no último e 82,4% (42) no primeiro, critérios apresentados.
- O critério «Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade» apresenta uma distribuição de respostas por todas as opções. Sendo que 41,2% (21) dos estudantes percepcionam-se como pouco ou nada competentes e 58,8% (30) percepcionam-se como competentes ou muito competentes.
- Em termos da aplicação desta competência 38, a maioria dos participantes no estudo considera aplicá-la. De referir que 11,8% (9) e 5,9% (3) não aplica os critérios, «Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade» e «Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades», respectivamente.

**Quadro 15 - C38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação**

(38) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica a informação de saúde na situação concreta	0	0,0%	4	7,8%	<b>42</b>	82,4%	5	9,8%	51	100%
Assegura o acesso à informação de saúde, ajustada ao caso e ao cliente	0	0,0%	6	11,8%	<b>39</b>	76,5%	6	11,8%	51	100%
Utiliza os meios de informação disponíveis no contexto onde se encontra	0	0,0%	2	3,9%	<b>40</b>	78,4%	9	17,6%	51	100%
Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades	0	0,0%	9	17,6%	<b>37</b>	72,5%	5	9,8%	51	100%
Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade	2	3,9%	<b>19</b>	37,3%	<b>27</b>	52,9%	3	5,9%	51	100%

**Quadro 16 - C38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação. Aplicou em EC?**

(38) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica a informação de saúde na situação concreta_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Assegura o acesso à informação de saúde, ajustada ao caso e ao cliente_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Utiliza os meios de informação disponíveis no contexto onde se encontra_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100%
Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100%
Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade_aplicou em EC	45	88,2%	6	11,8%	51	100%

Na **competência 39** - *Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades*, os resultados distribuem-se da seguinte forma (quadros 17 e 18):

- Para o critério «Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde», 68,6% (35) dos estudantes assinalou a opção competente, 19,6% (10), a opção pouco competente, 9,8% (5), a opção muito competente e os restantes 2% (1) a opção nada competente. Sendo que 86,3% (44) refere aplicar este critério em EC e 13,7% (7) não aplica.
- Para o critério «Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns», 62,7% (32) dos estudantes assinalou a opção competente, 29,4% (15), a opção pouco competente, 5,9% (3), a opção muito competente e os restantes 2% (1) a opção nada competente. Quanto à sua aplicação em EC 82,4% (42) respondeu afirmativamente e 17,6% (9) assinalou não como resposta.



**Quadro 17 - C39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades**

(39) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde	1	2,0%	10	19,6%	35	68,6%	5	9,8%	51	100%
Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns	1	2,0%	15	29,4%	32	62,7%	3	5,9%	51	100%

**Quadro 18 - C39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades. Aplicou em EC?**

(39) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde_aplicou em EC	44	86,3%	7	13,7%	51	100%
Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns_aplicou em EC	42	82,4%	9	17,6%	51	100%

A **competência 40** - *Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente*, a maioria dos estudantes avalia-se em todos os critérios em competente ou muito competente com resultados a variar entre 88,3% (45) no primeiro critério, «Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente» e 90,6% (48) no segundo critério, «Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado». Ainda relativamente ao primeiro critério 11,8% (6) assinalou a opção pouco competente, bem como 9,8% (5) no último, «Valida a compreensão da informação recebida» como se pode ler no quadro seguinte.

**Quadro 19 - C40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente**

(40) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente	0	0,0%	6	11,8%	<b>39</b>	76,5%	6	11,8%	51	100%
Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado	0	0,0%	2	3,9%	<b>38</b>	74,5%	11	21,6%	51	100%
Utiliza métodos e formas de ensino, adequadas às pessoas-alvo, visando o auto-cuidado	0	0,0%	3	5,9%	<b>38</b>	74,5%	10	19,6%	51	100%
Valida a compreensão da informação recebida	0	0,0%	5	9,8%	<b>33</b>	64,7%	13	25,5%	51	100%

Em termos da aplicação desta competência em EC, os estudantes referem, na sua maioria, pô-la em prática durante o ensino clínico.

**Quadro 20 - C40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente. Aplicou em EC?**

(40) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente_aplicou em EC	<b>49</b>	96,1%	2	3,9%	51	100%
Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Utiliza métodos e formas de ensino, adequadas às pessoas-alvo, visando o auto-cuidado_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Valida a compreensão da informação recebida_aplicou em EC	<b>50</b>	98,0%	1	2,0%	51	100%

Para a **competência 41** - *Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem*, os estudantes situam-se em competentes e muito competentes, com valores entre 92,1% (47) e 100% (51) nos vários critérios. Assinalaram a opção pouco competente nos critérios, «Conhece os conceitos da educação para a saúde» e «Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente», 7,8% (4) e 3,9% (2) dos estudantes, respectivamente.

**Quadro 21 - C41.Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem**

(41) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os conceitos da educação para a saúde	0	0,0%	4	7,8%	<b>35</b>	68,6%	12	23,5%	51	100%
Utiliza as oportunidades das situações de cuidados para realizar ensino	0	0,0%	0	0,0%	<b>40</b>	78,4%	11	21,6%	51	100%
Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente	0	0,0%	2	3,9%	<b>35</b>	68,6%	<b>14</b>	27,5%	51	100%

Aplicam esta competência em EC, a maioria dos estudantes, como se pode ler no quadro 22. Nos critérios «Conhece os conceitos da educação para a saúde» e «Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente», 3,9% (2) e 2,0% (1), respectivamente, refere não os aplicar.

**Quadro 22 - C41.Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem. Aplicou em EC?**

(41) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece os conceitos da educação para a saúde_aplicou em EC	<b>49</b>	96,1%	2	3,9%	51	100%
Utiliza as oportunidades das situações de cuidados para realizar ensino_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente_aplicou em EC	<b>50</b>	98,0%	1	2,0%	51	100%

Como resultados para a **competência 42 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades**, obteve-se que embora a maioria dos estudantes se considere competente ou muito competente em todos critérios, 11,8% (6), 7,8% (4) e 17,6% (9), avaliou-se como pouco competente nos primeiro, segundo e terceiro critérios, respectivamente.

**Quadro 23 - C42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades**

(42) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece as estratégias de ensino-aprendizagem apropriadas à educação para a saúde	0	0,0%	6	11,8%	<b>38</b>	74,5%	7	13,7%	51	100%
Procura ir ao encontro das expectativas e necessidades, por forma a potencializar as intervenções	0	0,0%	4	7,8%	<b>41</b>	80,4%	6	11,8%	51	100%
Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interacção, explicitando as razões da adequação	0	0,0%	<b>9</b>	17,6%	<b>36</b>	70,6%	6	11,8%	51	100%

Relativamente à aplicação desta competência em EC, todos responderam afirmativamente, como ilustra o quadro 24.

**Quadro 24 - C42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades. Aplicou em EC?**

(42) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Conhece as estratégias de ensino-aprendizagem apropriadas à educação para a saúde_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Procura ir ao encontro das expectativas e necessidades, por forma a potencializar as intervenções_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interacção, explicitando as razões da adequação_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%

Para a última competência estudada, a **competência 43 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde**, obtiveram-se os seguintes resultados (quadro 25):

- A maioria dos estudantes assinalou as opções, competente ou muito competente, em todos os critérios.
- Assinalaram a opção pouco competente, 3,9% (2) no critério «Identifica os resultados obtidos», 9,8% (5) no critério «Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo», 11,8% (6) nos critérios «Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido» e «Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos».

**Quadro 25 - C43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde**

(43) Como se posiciona?	nC		pC		C		mC		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica os resultados obtidos	0	0,0%	2	3,9%	<b>43</b>	84,3%	6	11,8%	51	100%
Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo	0	0,0%	5	9,8%	<b>40</b>	78,4%	6	11,8%	51	100%
Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido	0	0,0%	6	11,8%	<b>40</b>	78,4%	5	9,8%	51	100%
Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos	0	0,0%	6	11,8%	<b>39</b>	76,5%	6	11,8%	51	100%

Como mostra o quadro 26, exceptuando no critério «Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido» em que 2,0% (1) dos estudantes não o aplica, para todos os outros critérios desta competência, a totalidade refere aplicá-los.

**Quadro 26 - C43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde. Aplicou em EC?**

(43) Aplicou em EC?	sim		não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Identifica os resultados obtidos_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	<b>0</b>	0,0%	51	100%
Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%
Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido_aplicou em EC	<b>50</b>	98,0%	1	2,0%	51	100%
Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos_aplicou em EC	<b>51</b>	100,0%	0	0,0%	51	100%

Para se proceder à avaliação global de cada competência, codificaram-se as opções de resposta do seguinte modo: 0 – nada competente; 1 – pouco competente; 2 – competente; 3 – muito competente.

De seguida procedeu-se à análise de consistência interna através do coeficiente Alfa de Cronbach, por forma a verificar se os itens que constituem cada uma das dimensões do questionário são bons indicadores para avaliar cada uma delas. Da análise dos valores obtidos para o coeficiente Alfa de Cronbach em cada uma das dimensões, pode ver-se

que apresentam uma consistência interna bastante razoável ou boa, pois são valores superiores a 0,6. Constituem portanto, bons indicadores para avaliar cada uma das competências.

Finalmente, para se obter a avaliação global de cada competência determinou-se o índice de avaliação de cada uma, recorrendo à soma das respostas.

Efectuando a comparação dos valores da média dos índices de avaliação de cada uma das competências com o respectivo ponto médio de cada escala, pode ver-se no quadro 27 que os alunos se acham, em média, razoavelmente competentes, pois a média obtida para cada escala é superior ao ponto médio de cada uma.

**Quadro 27 - Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências, Alfa de Cronbach e ponto médio da escala**

	N	Mínimo observado	Máximo observado	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Nº de Itens	Mínimo da escala	Máximo da escala	Ponto médio da escala
Índice de avaliação competência 32	51	5,0	15	8,9	1,962	0,771	5	0	15	8
Índice de avaliação competência 33	51	4,0	12	8,1	1,573	0,758	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 34	51	3,0	12	7,9	1,456	0,683	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 35	51	10,0	21	15,8	2,811	0,877	7	0	21	11
Índice de avaliação competência 36	51	3,0	11	7,3	1,581	0,72	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 37	51	6,0	12	8,3	1,358	0,625	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 38	51	6,0	15	9,7	1,923	0,798	5	0	15	8
Índice de avaliação competência 39	51	0,0	6	3,6	1,134	0,875	2	0	6	3
Índice de avaliação competência 40	51	5,0	12	8,5	1,678	0,839	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 41	51	4,0	9	6,6	1,25	0,799	3	0	9	5
Índice de avaliação competência 42	51	3,0	9	6,0	1,296	0,826	3	0	9	5
Índice de avaliação competência 43	51	5,0	12	8,1	1,481	0,827	4	0	12	6

Quanto à aplicação em EC das competências, o procedimento foi análogo ao anteriormente descrito, tendo-se codificado as opções de resposta do seguinte modo: 0 – não aplica; 1 – sim, aplica. O índice de aplicação, que avalia globalmente a aplicação de cada uma das competências foi obtido através da soma das respostas.

Da comparação dos valores da média dos índices de aplicação de cada uma das competências com o respectivo ponto médio de cada escala, pode ver-se no quadro 28

que os alunos aplicam, em média, razoavelmente as competências, pois a média obtida para cada escala é superior ao ponto médio de cada uma.

**Quadro 28 - Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências relativamente à aplicação em EC e ponto médio da escala**

	N	Mínimo observado	Máximo observado	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Mínimo da escala	Máximo da escala	Ponto médio da escala
Índice de aplicação competência 32	51	0,0	5	4,4	1,043	5	0	5	2,5
Índice de aplicação competência 33	51	2,0	4	3,8	0,464	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 34	51	0,0	4	3,6	0,871	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 35	51	4,0	7	6,9	0,601	7	0	7	3,5
Índice de aplicação competência 36	51	1,0	4	3,6	0,781	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 37	51	3,0	4	3,9	0,325	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 38	51	1,0	5	4,8	0,681	5	0	5	2,5
Índice de aplicação competência 39	51	0,0	2	1,7	0,707	2	0	2	1
Índice de aplicação competência 40	51	3,0	4	3,9	0,238	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 41	51	1,0	3	2,9	0,311	3	0	3	1,5
Índice de aplicação competência 42	51	3,0	3	3,0	0	3	0	3	1,5
Índice de aplicação competência 43	51	4,0	4	4,0	0	4	0	4	2

Em seguida apresentam-se os resultados do teste não paramétrico Mann-Whitney, para comparar a avaliação das competências e da sua aplicação entre os dois géneros. Da aplicação do teste, não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros quanto à avaliação das várias competências ( $p>0,05$ ). Relativamente à aplicação das competências em EC, detectaram-se diferenças estatisticamente significativas na aplicação da competência 41 ( $p<0,01$ ), apresentando as alunas uma maior aplicação nesta competência como se verifica através da leitura do quadro 29.

Quadro 29 - Resultados da estatística de teste para as diferenças de gênero

Estatísticas de teste <sup>a</sup>									
Avaliação das competências					Avaliação da aplicação				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)		Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Índice de avaliação competência 32	193,5	1013,5	-0,623	0,533	Índice de aplicação competência 32	214	280	-0,16	0,873
Índice de avaliação competência 33	170,5	236,5	-1,244	0,214	Índice de aplicação competência 33	219	285	-0,038	0,969
Índice de avaliação competência 34	201	1021	-0,473	0,636	Índice de aplicação competência 34	197	263	-0,761	0,447
Índice de avaliação competência 35	204	270	-0,376	0,707	Índice de aplicação competência 35	186	252	-1,909	0,056
Índice de avaliação competência 36	164,5	230,5	-1,314	0,189	Índice de aplicação competência 36	159	225	-1,745	0,081
Índice de avaliação competência 37	208,5	274,5	-0,276	0,782	Índice de aplicação competência 37	202	268	-0,739	0,46
Índice de avaliação competência 38	207	273	-0,306	0,76	Índice de aplicação competência 38	215	281	-0,181	0,856
Índice de avaliação competência 39	218,5	1038,5	-0,038	0,97	Índice de aplicação competência 39	216,5	282,5	-0,121	0,904
Índice de avaliação competência 40	193,5	259,5	-0,643	0,52	Índice de aplicação competência 40	185,5	251,5	-1,938	0,053
Índice de avaliação competência 41	210	276	-0,258	0,797	Índice de aplicação competência 41	180	246	-2,724	<b>0,006*</b>
Índice de avaliação competência 42	209	1029	-0,283	0,777	Índice de aplicação competência 42	220	1040	0	1
Índice de avaliação competência 43	215,5	1035,5	-0,119	0,905	Índice de aplicação competência 43	214,5	280,5	-0,524	0,6
* diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 1%									



Relativamente às razões apontadas pelos estudantes para não terem aplicado competências do domínio da promoção da saúde no último EC de Enfermagem Comunitária, estão descritas no quadro seguinte num total de 47 unidades de enumeração. Tal como o realizado para a primeira questão aberta do questionário, procedeu-se a uma análise temática de conteúdo da qual emergiram duas categorias de razões para a não aplicação, factores relacionados com o estudante (32UE) e factores organizacionais (12UE). A primeira resultou da reunião das unidades de registo em três dimensões do saber, o saber (16UE), o saber fazer (11UE) e o saber ser (5UE) que constituíram as unidades de contexto desta categoria. A segunda resultou da reunião das unidades de registo em duas unidades de contexto, recursos (5UE) e plano de estudos (7UE).

**Quadro 30 - Razões apontadas para a não aplicação das competências em EC**

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>U.E</b>
<b>Factores relacionados com o estudante</b>	saber	Falta de conhecimentos	16
	saber fazer	Inexperiência	7
		Falta de oportunidade	4
	saber ser		
		Autonomia	2
		Dificuldade como aluno em articular com a rede	2
		Dificuldade de articulação com a equipa de saúde	1
	sub-total		<b>32</b>
<b>Factores organizacionais</b>	recursos	Falta de recursos temporais	3
		Falta de recursos materiais	2
	plano de estudos	nº insuficiente de aulas teóricas e teórico-práticas sobre EpS	7
	sub-total		<b>12</b>
<b>Sem Resposta</b>			3
<b>Total</b>			<b>47</b>

Para dar resposta à terceira questão de investigação, foi perguntado aos estudantes sobre quais as áreas de intervenção do enfermeiro, que privilegiam para aplicar e desenvolver as competências em EpS. Os dados foram, mais uma vez, tratados segundo uma técnica de análise temática de conteúdo e chegaram-se aos seguintes resultados:

Foram feitas 65 referências aos cuidados de saúde primários como área a privilegiar para aplicar e desenvolver competências em EpS. Vinte e uma referências privilegiando a área dos cuidados diferenciados e com nove unidades de enumeração os estudantes,

não elegem nenhuma área em concreto referindo ser possível aplicar e desenvolver competências em EpS, em todas as áreas de intervenção do enfermeiro.

**Quadro 31 - Áreas que os finalistas privilegiam para a EpS**

Unidades de Contexto ▼	Unidades de Registo ▼	Unidades enumeração ▼	Totais ▼
<b>Todas as áreas de intervenção</b>		9	9
<b>CSP</b>		14	
	Saúde da Mulher	2	
	Saúde da Materna	6	
	Planeamento Familiar	1	
	Saúde Infatil	5	
	Saúde do Idoso	4	
	Saúde Mental	1	
	Saúde Comunitária	16	
	Saúde Escolar	11	
	Cuidados Continuados	4	
	Saúde no Trabalho	1	
	Sub-total	32	65
<b>CSD</b>		3	
	Obstetrícia	4	
	Pediatria	4	
	Medicina	3	
	Cirurgia	3	
	Urgência/Emergência	2	
	Reabilitação	2	
	Sub-total	21	21
<b>Sem Resposta</b>		3	3

### 3.2 Discussão dos resultados do estudo

Opta-se por organizar este subcapítulo tendo em conta as questões de investigação e as respostas obtidas através do estudo efectuado.

Assim para a primeira questão, **Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?**, reflectem-se os resultados obtidos:

As UC mais referidas pelos estudantes como contribuindo para a aquisição de competências em EpS, MEP e Enfermagem Comunitária têm explicitamente nos seus conteúdos programáticos todas as temáticas relacionadas com a Promoção e a Educação para a Saúde. Por outro lado tratando-se de unidades teórico-práticas permitem ao estudante não só saber os factos e como aplicá-los (*know how*) mas também em

situações controladas, realizadas em espaço escolar, poder mostrar como se faz (*show how*), permitindo esta subida nos patamares da pirâmide de Miller explicar como o estudante se vai tornando competente, no caminho da profissionalização (Rossum & Denekens, 2003; Vallés, 2009).

Para além dos contributos das unidades teórico-práticas, os estudantes evidenciaram o contributo dos EC para a aquisição e desenvolvimento de competências em EpS, em contexto de CSP (com 127 unidades de enumeração) mas também em CSD (com 66 unidades de enumeração). Interessante esta referência aos cuidados de saúde diferenciados uma vez que actualmente a própria OMS deixou de referir-se aos CSP como palco principal da promoção da saúde podendo ler-se na carta de Bangkok (WHO, 2005) que “the potential for promoting health in the health care much remains and should include the whole chain from primary to specialized care”.

Nos EC os estudantes têm a possibilidade de mostrar como se faz mas em situação real o que corresponde ao 4º e último nível da pirâmide de Miller, (Rossum & Denekens, 2003; Vallés, 2009). Lidam com o imprevisto, adaptam o conhecimento teórico a situações novas e aprendem com a experiência e entende-se aqui experiência não como o passar do tempo mas como a possibilidade de “melhorar teorias e noções pré-concebidas através (...) de situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria”, (Gadamer, 1970; Benner & Wrubel, 1982; citados por Benner, 2001) tornando-os mais competentes a cada ensino clínico.

Interessante também verificar as referências feitas a outras áreas disciplinares para além da Pedagogia e Enfermagem como a Psicologia, Sociologia, Patologia, Anatomia, Farmacologia e Investigação. Russel (1996) citado por Colaço (2008) chama a atenção para o facto da elaboração de programas de EpS implicarem conhecimentos sobre o comportamento humano e factores de mudança, pelo que necessitam de referências e contribuições das disciplinas de Psicologia, Sociologia, Antropologia, Comunicação e Marketing. De acordo com a Declaração de Consenso, o que se considera original sobre a promoção da saúde é a aplicação combinada dos domínios de competência e a sua integração com o conhecimento de outras disciplinas, na prática, (Galwai Conference, 2009) fundamental para uma abordagem abrangente e actual da PS capaz de dar respostas eficazes e eficientes. Por outro lado e ainda segundo a mesma fonte, é importante que as estratégias de planeamento dos programas de PS sejam baseados na

evidência, fazendo referência a resultados de estudos de investigação, para além de assentarem na teoria e na prática.

Relativamente à caracterização do desenvolvimento da PS em âmbito universitário, o segundo cenário pensado no simpósio da PS da VII Conferência Ibero-Americana de Educação em Enfermagem, a que se chamou cenário de transição, faz referência à inclusão nos *currícula* de Enfermagem de áreas como o desenvolvimento humano e comunicação, (Ramirez, 2003). Trabalhadas em diversas UC do plano de estudos do CLE da UATLA e como dito atrás, algumas delas referidas pelos estudantes finalistas como contributo para a aquisição de competências em EpS (Psicologia – 15UE, Sociologia – 7UE, Anatomia – 2UE; quadro 2, pag. 60-61).

Reflecte-se agora sobre os resultados que respondem à segunda questão: **Quais as competências em EpS que os estudantes consideram ter aplicado em ensino Clínico de Enfermagem Comunitária?**

Os estudantes aplicam, em média, razoavelmente todas as competências uma vez que a média obtida para cada escala é superior ao ponto médio de cada uma. Para se poder comparar as médias das diferentes escalas foi calculada uma taxa através do quociente entre a média observada e o ponto médio de cada escala multiplicado por cem. Encontra-se desta forma uma ordem de aplicação das várias competências que se apresenta no quadro seguinte, agrupando-as nos domínios considerados no documento de consenso sobre o *core* de competências para a Promoção da Saúde (Galwai Conference, 2009).

**Quadro 32 - Resultados da percepção dos estudantes sobre a aplicação das competências em EC**

Domínios de competências da PS:	Competências da OE	Nº de ordem
<b>2. Catalisar a mudança</b>	37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	<b>3ª</b>

Domínios de competências da PS:	Competências da OE	Nº de ordem
<b>7. Avaliação Inicial ou Diagnóstica</b>	<b>32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.</b>	<b>7ª</b>
	<b>34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.</b>	<b>6ª</b>
	<b>36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.</b>	<b>6ª</b>
<b>8. Planeamento</b>	<b>39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.</b>	<b>8ª</b>
	<b>41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.</b>	<b>4ª</b>
	<b>42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.</b>	<b>1ª</b>
<b>9. Execução</b>	<b>35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.</b>	<b>2ª</b>
	<b>38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.</b>	<b>5ª</b>
	<b>40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.</b>	<b>3ª</b>
<b>10. Avaliação</b>	<b>43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.</b>	<b>1ª</b>
<b>9. Parcerias</b>	<b>33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.</b>	<b>6ª</b>

Observa-se que as competências percebidas como menos aplicadas pelos estudantes no ensino clínico de Enfermagem Comunitária pertencem aos domínios, «avaliação inicial», «planeamento» e «parcerias». No estudo de Mendonça (2009), apesar da amostra não atribuir significado relevante (quase 50% da amostra não aplica

competências de PS) ao factor «Promover a Saúde» a competência que mais aplicam é a C34 e a menos aplicada é a C42 o que não está concordante com os resultados deste estudo em que a menos aplicada é a C39 e as mais aplicadas a C42 e a C43. As razões evocadas pelos enfermeiros participantes para a pouca aplicabilidade das competências da PS, prendem-se com *rácios* inadequados que não possibilitam desenvolver competências na área da EpS, a falta de recursos e a instabilidade organizacional (Mendonça, 2009, p. 134).

As razões apresentadas pelos estudantes para a não aplicação de algumas competências em ensino clínico de Enfermagem Comunitária (Quadro 30, pag. 85) são maioritariamente relacionadas com a falta de conhecimentos (16UE) e também com insuficiências sentidas no plano curricular quer em aulas teóricas como teórico-práticas sobre estas matérias (7UE). Analisando para cada competência quais os critérios menos aplicados verifica-se que estes *deficits* são ao nível do conhecimento das políticas de saúde e sociais nomeadamente as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS e na compreensão das suas implicações ao nível da saúde da pessoa; do conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde e redes de apoio ao cliente; do conhecimento sobre os recursos existentes para a PS e EpS, nomeadamente programas nacionais e intervenções a nível local o que condiciona a possibilidade de encaminhamento para esses recursos; e do conhecimento sobre as práticas tradicionais de crenças da saúde e modelos/teorias de comportamento em saúde. Estas dificuldades condicionam a **avaliação inicial** que engloba “a avaliação das necessidades e recursos da comunidade e sistemas, que leva à identificação e análise dos determinantes, culturais, sociais, ambientais e organizacionais e comportamentais que promovem ou mantêm a saúde” e um **planeamento** eficaz das intervenções de PS e EpS que implica “desenvolver metas e objectivos mensuráveis em resposta à avaliação das necessidades e recursos e identificar estratégias que são baseadas no conhecimento da teoria, da evidência e da prática” (Galwai Conference, 2009).

Estas dificuldades apontadas pelos estudantes estão de acordo com algumas das necessidades de formação identificadas pelos enfermeiros de CSP que participaram no estudo de Carvalho e Carvalho (2006) no sentido de aumentar as suas competências na realização de diagnósticos de situação e planeamento de intervenções em EpS.

Sendo a EpS “praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção” (Redman, 2001) colocam-se questões acerca das intervenções neste âmbito apesar das fragilidades enunciadas ao nível do diagnóstico e planeamento. Que eficácia? Que eficiência? Poderão certamente constituir-se como pontos de reflexão importantes tanto para os responsáveis pelos *currícula* dos estudantes como para os profissionais da prática.

Outras razões evocadas pelos estudantes finalistas da UATLA compreendem as dimensões do saber fazer e do saber ser e são a inexperiência com 7UE e dificuldade em aproveitar as oportunidades (4UE) e que poderão estar relacionadas com um sentimento de falta de autonomia (2UE) e por sua vez com a dificuldade de, como aluno, articular com a rede (2UE) e com a equipa de saúde (1UE), (Quadro 30, pag. 85). Estas razões enunciadas talvez expliquem a percepção de baixa aplicabilidade da competência 33 do domínio «parcerias» que pressupõe “trabalhar em colaboração com outras disciplinas, sectores e parceiros (...)”, (Galwai Conference, 2009).

Os conhecimentos teóricos, segundo Benner (2001), oferecem ao estudante o que pode ser explicitado e formalizado, a prática apresenta uma diversidade de realidades tornando-se mais complexa daquilo que será possível aprender pela teoria. Quando chega ao ensino clínico é isto que o estudante sente, por um lado, as situações não se apresentam «*by the book*» por outro, consegue reconhecer nos enfermeiros em exercício há mais anos intervenções adequadas no tempo e no conteúdo, à situação concreta e particular. Perante esta realidade diz-se inexperiente. Benner (2001), explica dizendo que “uma assunção importante do modelo de Dreyfus [usado no seu estudo como modelo de desenvolvimento de competências] é que, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações.” Traduz, desta forma, uma aprendizagem pela experiência vivida mas que em termos da formação dos estudantes, se pretende orientada e sistematizada pela teoria. Esta situação é trabalhada e explorada no CLE através da alternância dos períodos teóricos e práticos em que os conteúdos das UC teóricas ou teórico-práticas precedem o âmbito em que se irá realizar o ensino clínico (ver anexo 1). Também através de um acompanhamento próximo pelos supervisores dos estudantes em EC que através da reflexão sobre o caso concreto e particular ajudam a diminuir hiatos entre a teoria e a prática, contribuindo para a transformação da competência. Fernandes (2007) citando Josso (2002), refere que “a experiência só é formadora se for trabalhada como processo de conhecimento”.

As dificuldades percebidas na aplicação das competências do domínio da avaliação inicial podem sugerir uma hipótese de explicação para que a C38 que se traduz na capacidade de seleccionar informação relevante a fornecer à pessoa apresente um valor médio de índice de aplicação mais baixo no domínio executório. A avaliação inicial ou diagnóstica permite identificar as necessidades educativas da pessoa (indivíduo, grupo ou comunidade) com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades e por outro lado, permite conhecer as características dessa pessoa adaptando métodos, actividades e recursos que, tendo em conta essas características, proporcionem atingir os resultados a que se propõe esse programa, (Carvalho & Carvalho, 2006).

Relativamente à resposta à terceira questão de investigação, **Quais as áreas de intervenção do enfermeiro que os estudantes privilegiam para aplicar e desenvolver competências em EpS?** os resultados apontam para um predomínio da unidade de contexto, **Cuidados de Saúde Primários** com 65UE, o que não surpreende por duas razões: é também, dentro da unidade curricular ensino clínico, a área que mais referências obteve por parte dos estudantes, em termos do contributo para a aquisição de competências em EpS (127UE) e historicamente desde a declaração de Alma Ata é apontada como área a privilegiar para intervenções de educação para a saúde.

Pestana (1995), no seu estudo, “A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural”, reforça esta ideia citando que a “educação relacionada com os problemas da saúde que se apresentam assim como os métodos de prevenção e de luta que se lhes aplicam” corresponde à primeira das oito componentes essenciais, apresentadas na Declaração de Alma Ata (1978), para os CSP.

As escolas, os locais de trabalho, a comunidade e as cidades constituem importantes *settings* para implementação de estratégias abrangentes, fundamentais para a construção de um mundo mais saudável, (WHO, 2005). Propõe-se trabalhar com as pessoas onde as pessoas estão. Segue esta linha, a área dos CSP mais referenciada pelos estudantes, Saúde Comunitária (32UE), onde se incluíram a Saúde Escolar (11UE), os Cuidados Continuados (4UE) e a Saúde no Trabalho (1UE) em acordo com a nova organização dos CSP na qual estas três áreas de intervenção do enfermeiro podem integrar as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).



Pode ler-se o disposto, no artigo 11 do Capítulo I do Decreto-Lei n.º 28/2008 que regulamenta a reorganização dos CSP que aponta a EpS e a PS como áreas de intervenção da equipa que integra as UCC: “A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário (...) actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)”.

Interessante realçar que a Saúde Mental só foi referida uma vez, numa altura em que a OMS alerta para que as perturbações a este nível se transformem numa nova epidemia deste século. Como vem referido no Plano Nacional para a Saúde Mental, “estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais.” (PNSM, 2007)

Já se evidenciava esta preocupação nas orientações estratégicas previstas no Plano Nacional de Saúde (2004), ao manifestarem a intenção de:

“(...) apoiar a sensibilização, a disponibilização de informação útil à sociedade em geral e a formação dos profissionais da área da saúde e dos outros sectores envolvidos, de forma que possam actuar na **promoção da Saúde Mental** e da detecção precoce dos casos de doença existentes na comunidade, visto ser essencial para se alcançarem os ganhos de saúde desejados nesta área.”

(PNS, 2004)

No entanto, também parece importante que se diga que o mesmo PNSM (2007), numa análise da situação em Portugal faz referência à quase total ausência de programas de promoção da saúde e prevenção da doença mental.

Nos resultados obtidos conta-se ainda com 21 referências aos **Cuidados de Saúde Diferenciados** e com 9UE, **Todas as áreas de Intervenção do Enfermeiro**.

A apoiar estes resultados, um texto, preparado para a Conferência de Bangkok em que era feito um balanço dos progressos da PS à escala mundial desde a redacção e aprovação da Carta de Ottawa, onde se pode ler:

“Apesar da promoção da saúde dever ser uma preocupação de todos os grupos sociais, os profissionais da saúde e serviços de saúde funcionam como catalisadores fundamentais, bem como infra-estruturas chave para promover e coordenar acções de

promoção da saúde. A necessidade de uma maior promoção da saúde através dos cuidados de saúde é tão válida quanto antes. Alguns avanços podem ser identificados neste domínio, mas dado o potencial nos cuidados para a promoção da saúde, ainda há muito a fazer e deve incluir-se toda a cadeia desde os CSP aos CSD.” (WHO, 2005)

Reforça-se a ideia de que os profissionais de saúde se encontram em posição privilegiada para desenvolverem programas de PS junto das populações que cuidam mas também que isso pode e deve acontecer em todos os níveis de cuidados.

A saúde, planos e sistemas de saúde têm sofrido alterações rápidas durante a última década que atingem sobretudo os grupos mais pobres e mais vulneráveis. Estas alterações têm resultado numa restrição do acesso, impedindo uma cobertura universal. Melhorar as competências dos profissionais, capacitar os clientes, melhorar o ambiente psico-social em hospitais e centros de saúde, tornando o sistema de saúde num ambiente de trabalho saudável, são alguns dos principais desafios lançados nesta conferência de Bangkok aos profissionais de saúde. (WHO, 2005)

Em termos de resultados que dão resposta à última questão do estudo, **Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunirem no final da licenciatura?** tem-se que: Os estudantes avaliam-se, em média, como razoavelmente competentes nas doze competências do sub-domínio da Promoção da Saúde do perfil do enfermeiro de cuidados gerais definido pela OE. E classifica-se como «razoavelmente» uma vez que existem estudantes que em determinadas competências não se percebem como competentes em todos os critérios. Os resultados obtidos em termos da consistência interna permitem dizer que os critérios utilizados constituem indicadores razoáveis ou bons para avaliar cada uma das competências. Assim, considera-se competente o estudante que se avalia como tal em todos os critérios que medem essa competência.

Depois da organização dos dados e interpretação dos resultados e à semelhança do que se fez para os valores médios dos índices de aplicação, calcularam-se as taxas que permitem ordenar as médias dos índices de competência para cada escala. Apresentam-se as competências e respectivo número de ordem, no quadro seguinte, identificando o domínio a que pertence cada competência tendo em conta os domínios da Promoção da Saúde referenciados na Galwai Conference (2009) e a classificação que se sugeriu no enquadramento teórico (pag. 32-33).

Quadro 33 - Resultados da avaliação de competências percebida pelos estudantes

Domínios de competências da PS:	Competências da OE	Nº de ordem
3. Catalisar a mudança	37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	3ª
11. Avaliação Inicial ou Diagnóstica	32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.	8ª
	34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.	5ª
	36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	6ª
12. Planeamento	39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	7ª
	41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	5ª
	42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	7ª
13. Execução	35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	1ª
	38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	6ª
	40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	2ª
14. Avaliação	43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	4ª
10. Parcerias	33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	4ª

Verifica-se que os estudantes se percebem **menos competentes** nos domínios da «avaliação inicial» e «planeamento», embora uma das competências do domínio «execução» tenha obtido valores médios de índice de competência igualmente baixos. Percebem-se **mais competentes** nos domínios, «execução», «catalisar a mudança», «avaliação» e «parcerias».

Nesta fase parece relevante analisar cada competência identificando os critérios que mais contribuíram para estes resultados, apresentando as competências por ordem decrescente relativamente à percepção evidenciada pelos finalistas.

A **C35** (Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação) uma competência do domínio «execução» foi a que obteve melhores *scores* de avaliação. Ao longo do curso são criadas diversas oportunidades de aplicação. De acordo com Barreira e Moreira, (2004) “as competências só se alcançam se os saberes e as capacidades forem mobilizadas numa dada situação” é pois fundamental, “exercitar” a competência em diversas situações que pertençam a uma mesma “família de situações” para se atingir o domínio e instalação dessa competência.

Logo desde o 2º semestre do plano de estudos, com o EC de Saúde Materna e Obstétrica até ao último EC, módulo de Enfermagem Comunitária (8º semestre) os estudantes desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença participando nos programas de Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde Escolar, Vacinação, Cuidados Continuados e Saúde Comunitária, desenvolvidos no âmbito dos CSP. Têm assim diversas oportunidades para “exercitar” esta competência. Este aspecto foi também valorizado pelos estudantes ao evidenciarem o contributo dos EC em contexto de CSP, para a aquisição e desenvolvimento de competências em EpS, com 127 unidades de enumeração. Também os enfermeiros participantes do estudo de Costa (2008), identificam a actividade desenvolvida nos programas de CSP como intervenções de Enfermagem no âmbito da EpS, atribuindo-lhes a finalidade de promover estilos de vida saudável.

Numa análise por critério utilizado para medir esta competência tem-se que a totalidade dos estudantes não tem dúvidas relativamente ao papel do enfermeiro na equipa de saúde. Relativamente às iniciativas de promoção da saúde ou prevenção da doença,

consideram-se competentes ou muito competentes para participar em todas as etapas do planeamento desde a avaliação inicial, respeitando as características da comunidade e população alvo; a definição dos objectivos; as propostas de actividades; a identificação dos resultados esperados e consequente avaliação das intervenções. Revelam-se com mais dificuldade na definição dos objectivos em que 11,8% se avalia em pouco competente. De realçar que esta competência se reporta a intervenções em que o estudante se situa como participante e não como único mentor do processo de planeamento e execução dos programas.

Verifica-se que esta C35 aparece em segundo lugar das mais aplicadas (quadro 32, pag.80) em EC de Enfermagem Comunitária. Apesar de julgar interessante, não se quer com esta afirmação, estabelecer uma relação entre a avaliação da competência e a sua aplicação uma vez que se reconhece como multifactorial o processo de aquisição competências.

Quanto à **C40** (Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente), também do domínio «execução», obteve esta competência, bons *scores* colocando-se a maioria dos estudantes como competentes ou muito competentes na realização de ensino adequado às necessidades da pessoa, utilizando métodos e formas de ensino adequadas, tendo como finalidade o auto-cuidado. Resultado em sintonia com o que são as actividades do enfermeiro neste âmbito expressas no Decreto-lei nº 437/91 que regulou a carreira de Enfermagem e onde se pode ler na alínea c do artigo 7º: «executar cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado». Realça-se a avaliação em pouco competente no critério «planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente», feita por 11,8% dos estudantes que alerta para uma avaliação cuidada do processo formativo dos estudantes com enfoque na área do planeamento. Esta constitui-se como de vital importância na garantia da eficiência de qualquer programa de EpS, “sem um planeamento prévio da intervenção educativa não existe qualquer garantia de sucesso”, (Carvalho & Carvalho, 2006).

O resultado para a **C37** (Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis) do domínio «catalisar a

mudança», faz pensar num conceito de EpS de 2ª geração em que o “objectivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo” (Carvalho & Carvalho, 2006). O papel do educador para a saúde é informar e promover a participação dos clientes nas decisões, promover a adesão à adopção de estilos de vida saudável, funcionando como recurso para a tomada de decisão. Este último critério juntamente com o conhecimento dos mecanismos e estratégias de *empowerment* registaram-se como as fragilidades de alguns estudantes relativamente a esta competência com 15,7% a avaliar-se como pouco competentes. De acordo com Laverack, (2008) “os próprios promotores [da saúde] costumam ter um entendimento superficial do significado do poder e uma falta de clareza acerca das influências no processo de «empoderamento» comunitário, ou não compreendem bem (...) como pode ser adaptado à prática da promoção da saúde.” A dificuldade passa por decidir quais as melhores estratégias para cada situação e operacionalizá-las.

Esta competência ocupa o mesmo lugar de ordem (3º) tanto na aplicação como percepção que os estudantes fazem da sua avaliação.

A C35, já engloba na sua formulação a fase de avaliação das acções de promoção da saúde e prevenção da doença, torna-se interessante verificar que a **C43** (Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde), toda ela assente em critérios avaliativos, do domínio da promoção da saúde, «avaliação», também obteve *scores* elevados. Num estudo de Araújo (2004) sobre a influência da formação, em futuros profissionais de saúde, nas concepções saúde/doença; EpS e sua implementação, foram os alunos de Enfermagem que se revelaram mais competentes na avaliação das actividades de EpS quando comparados com os de Fisioterapia e Podologia que também participaram no estudo. No entanto, esta competência, C43, no estudo de Mendonça (2009) obteve dos índices mais baixos de percepção o que revela que a maioria dos enfermeiros participantes a «não percebe» e desta feita, também não figura neste estudo como tendo aplicabilidade. Porque razão enquanto estudantes se percebem competentes para avaliar as suas intervenções educativas valorizando este aspecto e como enfermeiros referem não o perceber nem aplicar?

O resultado para a **C33** (Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades) do domínio «parcerias», está em linha com os resultados da percepção dos enfermeiros participantes no estudo de Mendonça (2009) no qual esta competência

fez parte do lote das competências que obtiveram melhores níveis de percepção. O facto do exercício profissional dos enfermeiros se inserir num contexto de actuação multiprofissional (OE, 2003), torna este aspecto muito trabalhado mesmo durante a formação inicial e depois praticado no dia-a-dia do enfermeiro em exercício. Também Latter (1998) e Scriven (2005), citados por Carvalho (2007) realçam o papel chave do enfermeiro na área da Promoção da Saúde desenvolvida a um nível multidisciplinar. Na UATLA, para além do trabalho em equipa ser abordado e praticado ao longo do curso em diversas situações e contextos, existem duas Unidades Curriculares, Psicologia das Relações Interpessoais e Integração na Equipa de Saúde (anexo 1) focadas no desenvolvimento de competências nesta área. Estas UC foi referidas embora que por poucos estudantes (9 unidades de enumeração), como contribuindo para a aquisição de competências em EpS o que não deixa de ser interessante.

Nesta apresentação por ordem decrescente dos resultados obtidos nos scores para os índices de avaliação das competências, segue-se a **C34** (Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde) em que a maioria dos estudantes se percepção como competente em todos os critérios que medem esta competência do domínio da «avaliação inicial». Salientam-se dificuldades na identificação e utilização do conhecimento sobre os factores externos dos determinantes da saúde em que 15,7% não se reconhece competente o mesmo se passando em relação à identificação das redes sociais e familiares de apoio ao cliente (13,7%). Da leitura desta competência sobressai a perspectiva holística que se exige para uma EpS eficaz, (Carvalho & Carvalho, 2006). Estes autores explicam esta afirmação explicitando a concepção holística da seguinte forma: “... o organismo vivo é visto como um sistema cujos componentes estão interligados e interdependentes estabelecendo processos entre si.” Existindo esta interacção mútua com o meio ambiente torna-se fundamental essa compreensão sistémica e global da pessoa para identificar factores externos ou internos que determinam a sua saúde. Desta compreensão também depende o sucesso do cuidar em Enfermagem e as intervenções educativas não são excepção. Redman (2001) estabelece este paralelismo entre o processo de ensino e o processo de enfermagem no sentido em que para ambos se devem cumprir as fases de apreciação, diagnóstico, metas, intervenção e avaliação.

No estudo de Mendonça (2009), esta competência surge como a mais aplicada dentro do domínio da promoção da saúde. Neste estudo aparece posicionada em sexto lugar.

Para a **C41** (Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem), obtiveram-se resultados de competente e muito competente em todos os critérios. Classificou-se esta competência no domínio do «planeamento», já que reconhecendo o potencial da EpS no cuidar em Enfermagem este aspecto poderá ser parte integrante da fase de planeamento dos cuidados aproveitando-se desta forma as interações com a pessoa como oportunidades para educar para a saúde.

De acordo com o disposto pela OE (2003), “(...) Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”, colocando a EpS no plano dos cuidados de Enfermagem à pessoa.

As fragilidades que decorrem da análise dos critérios para medir esta competência, situam-se ao nível dos conceitos da EpS o que nos alerta para a formação teórica dos estudantes. No estudo de Carvalho e Carvalho (2006) os enfermeiros participantes também chamam à atenção para a necessidade de aumentarem os seus conhecimentos sobre teorias, modelos e métodos em EpS. A necessidade de conhecimentos teóricos para aumentar os ganhos de saúde através da promoção/educação para a saúde é igualmente referida no estudo de Costa (2008) em que enfermeiros a intervir na área dos CSP referem como fundamental um suporte metodológico científico em todas as fases do processo educativo.

A **C38** (Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação) do domínio «execução», foi a que reuniu *scores* mais baixos neste domínio. Talvez influenciados pelo resultado no critério relativo ao conhecimento dos circuitos de encaminhamento dos utentes para outros profissionais ou serviços, mobilizando recursos da comunidade. Para este critério 41,2% dos estudantes avalia-se em pouco competente ou nada competente. Alguns estudantes aquando da identificação das razões para não aplicarem determinadas competências em EC referiram a falta de recursos (5 EU) onde incluíam os temporais. Neste critério essa poderá ser uma limitação uma vez que, para conhecer todos os circuitos e recursos a mobilizar para o encaminhamento dos utentes num determinado contexto é necessário um tempo de integração, tempo esse que os estudantes não dispõem pois estão limitados à duração do EC. Neste caso é de sete semanas mas noutros EC de CSP é ainda mais curto (4 ou 5 semanas).



De salientar que 82,3% se percebe como competente ou muito competente na construção de meios de informação de saúde adequados às necessidades da pessoa o que está de acordo com o estudo de Araújo (2004) em que os alunos de Enfermagem se destacam relativamente aos outros participantes por fornecerem informação escrita suplementar.

Relativamente à **C36** (Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde) os critérios que indiciam maiores dificuldades são os que se reportam ao conhecimento dos programas nacionais e intervenções locais (45,1% percebe-se como pouco competente) e ao encaminhamento para os recursos disponíveis (25,5% avalia-se em pouco competente). A avaliação feita nesta competência no que diz respeito ao conhecimento dos programas pode ser vista como abaixo se refere para as políticas de saúde e sociais, na C32, constituindo mais um aspecto a ser trabalhado pedagogicamente. Já relativamente aos recursos disponíveis tal como foi falado para a C38, é compreensível que o seu conhecimento exija um maior tempo de integração nos locais de EC mas também, porque os recursos são escassos e limitados seria necessária uma maior experiência para os gerir de forma eficaz.

Para a **C39** (Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades) e **C42** (Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades) em que na primeira as maiores dificuldades se centram no conhecimento dos modelos/teorias do comportamento em saúde e práticas tradicionais mais comuns (31,4% dos estudantes percebe-se como pouco ou nada competente) e para a segunda, a escolha fundamentada da estratégia mais adequada ao caso concreto (17,6 % avalia-se em pouco competente) parece indiciar insuficiências ao nível do saber. Reforça-se mais uma vez a razão mais enunciada pelos estudantes para a não aplicação de certas competências em EC, falta de conhecimentos (16UE), e que pode apoiar esta afirmação.

No modelo de crenças da saúde pressupõe-se que a pessoa só age em termos da sua saúde se acreditar na sua susceptibilidade, se acreditar que a situação em causa afectaria seriamente a sua vida, se os possíveis custos ou dificuldades forem claramente compensados pelos ganhos ou benefícios e se acreditar na sua auto-eficácia. (Ministério da Saúde, 2001; Redman, 2003). Torna-se assim muito importante este conhecimento

da pessoa para compreender as suas motivações e definir as estratégias de EpS mais adequadas a cada caso concreto.

A **C32** (Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais) aparece em último lugar na avaliação de competência realizada pelos estudantes finalistas. Logo o primeiro critério e pela primeira vez no estudo, indica que a maioria dos estudantes (51%) se avalia como pouco ou nada competente no conhecimento das orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS podendo este aspecto constituir a maior dificuldade dos estudantes neste âmbito da PS. Podem colocar-se algumas hipóteses que depois de trabalhadas podem ajudar na identificação de estratégias para a superar. O trabalho desenvolvido pelo estudante no âmbito da EpS em ensino clínico é maioritariamente dirigido à pessoa ou grupos vulneráveis no sentido de promover estilos de vida saudável. Desta feita será uma EpS mais centrada no comportamento individual e por isso uma EpS de segunda geração (Moreno, Garcia & Campos, 2000; citados por Araújo, 2004 e Carvalho & Carvalho, 2006). Como neste tipo de abordagem não há lugar à identificação de factores externos ao indivíduo que condicionem as suas escolhas em saúde, será por isso que os estudantes se percebem como pouco competentes no conhecimento e compreensão das implicações das políticas de saúde e sociais ao nível da saúde dos indivíduos? Ficaria subjacente um conceito de saúde dominante que não tem em conta todas as suas dimensões nomeadamente as ambientais. Levanta-se outra hipótese relativa ao conhecimento e utilização de diferentes indicadores considerando os vários determinantes de saúde.

Em termos teóricos, o modelo PRECEDE, apresentado por Green et al (1980), chama a atenção para estes aspectos, pois parte do princípio que as alterações comportamentais para substituição de estilos de vida não saudáveis, são desde logo determinadas por aspectos ambientais e demográficos e seguidamente por factores cognitivos, atitudes, influências sociais e expectativas de auto-eficácia (Ministério da saúde, 2001). O modelo propõe por isso uma avaliação inicial que inclua estas várias áreas de diagnóstico como garante de um melhor planeamento dos programas de PS e EpS (Redman, 2004).

Neste sentido e, tendo em conta que se identificam nestes participantes as áreas da «avaliação inicial» e «planeamento» como contendo maiores fragilidades, será mais um

aspecto a ter em conta na melhoria do processo educativo e selecção tanto dos conteúdos programáticos como das oportunidades de aprendizagem.

Em síntese e depois da reflexão feita sobre os resultados, os estudantes finalistas parecem identificar-se com o perfil do enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito da promoção da saúde preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003). Um enfermeiro de cuidados gerais que participa na execução de programas de Promoção de Saúde e EpS, sejam à esfera individual ou de grupo, trabalha em regime de parceria, mobilizando recursos adequados, pessoais, saberes, recursos do indivíduo e da comunidade para capacitar a pessoa para a realização de escolhas saudáveis.

As dificuldades encontradas revelam-se de extraordinária utilidade para a melhoria do percurso formativo durante o curso de licenciatura em Enfermagem da UATLA ainda mais no momento em que se faz a avaliação do plano de estudos com adequação a Bolonha e se estudam propostas de alteração com o objectivo de aumentar a qualidade do processo educativo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o processo de aprendizagem dos estudantes uma preocupação e mais especificamente no que diz respeito à aquisição de competências em Educação para a Saúde, desenhou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, com o objectivo de **descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde.**

A totalidade de estudantes finalistas de Enfermagem da UATLA, no ano lectivo 2009-2010 constituiu a população alvo do estudo. Cumpridos os aspectos relacionados com os princípios éticos, procedeu-se à colheita de dados, tendo para isso, sido distribuídos 62 questionários. A taxa de resposta foi de 82,3%.

Os dados foram tratados com recurso à estatística descritiva e à utilização da técnica de análise temática de conteúdo para as três questões abertas do questionário.

Apresentam-se os principais achados:

- Em relação às unidades curriculares que os estudantes entendem ter contribuído para a aquisição de competências em EpS as mais referidas foram MEP (40UE) e Enfermagem Comunitária (29UE), pertencentes à categoria UC Teórico-Práticas (224UE). Com 193UE aparece a categoria Ensino Clínico que reuniu as unidades de contexto, Cuidados de Saúde Primários com 127UE e Cuidados de Saúde Diferenciados com 66UE.
- As competências percepcionadas como menos aplicadas pelos estudantes no ensino clínico de Enfermagem Comunitária pertencem aos domínios, «avaliação inicial», «planeamento» e «parcerias».
- As razões apresentadas pelos estudantes para não terem aplicado algumas competências em EC de Enfermagem Comunitária, agrupam-se nas categorias «factores relacionados com o estudante» e «factores organizacionais». Dentro da primeira categoria a unidade de registo com mais unidades de enumeração (16UE) é a falta de conhecimentos e na segunda categoria, insuficiências no plano de estudos, foi a unidade de registo mais referida (7UE).
- Os estudantes privilegiam para aquisição e desenvolvimento das competências em EpS a área de cuidados de saúde primários, com 65 unidades de enumeração.

Os cuidados diferenciados tiveram 21 unidades de enumeração e houve 9 referências a «todas as áreas de intervenção do enfermeiro».

- No final da licenciatura em enfermagem os estudantes percebem-se como mais competentes nos domínios, «execução», «catalisar a mudança», «avaliação» e «parcerias» e menos competentes nos domínios da «avaliação inicial» e «planeamento».

Fez-se referência no início do estudo à possibilidade de poder contribuir para otimizar o percurso formativo dos estudantes do CLE no âmbito da promoção e educação para a saúde, afigura-se assim pertinente apresentar uma listagem dos critérios que obtiveram as avaliações mais baixas por parte dos estudantes, constituindo-se estes, como aspectos a melhorar nos conteúdos curriculares:

- Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS, 51% avaliou-se em pouco ou nada competente. (C32)
- Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global, 29,4% avaliou-se em pouco competente. (C32)
- Compreende a implicação dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e grupos, 21,6% avaliou-se em pouco competente. (C32)
- Conhece os programas nacionais e intervenções locais, 45,1% avaliou-se em pouco competente. (C36)
- Encaminha para os recursos disponíveis, 27,5% avaliou-se em pouco ou nada competente. (C36)
- Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade, 42,1% avaliou-se em pouco ou nada competente. (C38)
- Demonstra pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde, 21,6% avaliou-se em pouco ou nada competente. (C39)
- Conhece modelos/teorias de comportamentos em saúde e práticas tradicionais comuns, 31,4% avaliou-se em pouco ou nada competente. (C39)
- Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interação, explicitando as razões de adequação, 17,6% avaliou-se em pouco competente. (C42)

Encontram-se áreas problema que podem ser pensadas e trabalhadas no sentido de melhorar as práticas pedagógicas no âmbito da Educação para a Saúde podendo contribuir para uma perspectiva mais abrangente assente num conceito global e ecológico da saúde.

Reflectindo o percurso efectuado, retira-se um valor que fica circunscrito ao caso particular podendo constituir matéria de desenvolvimento. Deixam-se algumas ideias sobre as fragilidades e limitações deste estudo.

Em primeiro lugar, se a proximidade ao contexto escolhido pode ter facilitado a sua compreensão tornou-se difícil ignorar em todos os momentos, o envolvimento e a vivência profissional.

A dimensão do estudo, apenas uma instituição escolar, um enquadramento teórico não muito amplo (não se teve acesso, por exemplo, a estudos sobre competências em EpS) e a utilização de apenas uma técnica de recolha de dados, dão pouca consistência à análise e discussão dos resultados.

Apresentam-se sugestões de investigação que decorrem destas fragilidades mas também sugestões para a prática:

- Um seminário para divulgação dos resultados à comunidade educativa da UATLA.
- Reunião com a equipa pedagógica para delinear estratégias de enriquecimento curricular nas áreas identificadas como de maior dificuldade.
- Um estudo sobre as competências dos estudantes em EpS com recurso a métodos quantitativos e qualitativos para permitir clarificar e dar consistência alguns aspectos.
- Um estudo longitudinal, durante os quatro anos da licenciatura, para compreender o processo de desenvolvimento de competências em EpS.
- Alargar a população do estudo aplicando-o noutras instituições da região de Lisboa (maior similitude nas orientações curriculares).

Termina-se deixando em aberto outras possibilidades que possam decorrer de outras formas de pensar esta temática.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, I. (2004). *Aprendem a doença, educam para a saúde*. Dissertação de mestrado, não publicada. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho. Acedido em Março 2010 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2669>
- Arwidson, P. et al (2001). *Education pour la santé des jeunes. Démarches et methods*. Paris: Les Editions INSERM. Consultado em Março de 2010 no site do Institute Nacional de la Santé et Recherche Médicale:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=inserm2&part=synthyoun>
- Battel-Kirk, B., Barry, M., Taub, A., Lysoby, L. (2009) *A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies* in Global Health Promotion. Vol.16, nº 2. Acedido em Fevereiro de 2010 em: <http://ped.sagepub.com>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bowling, A. & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of Health Research Methods – Investigation, measurement and analysis*. England: Open University Press.
- Breslow, L. (1999). *From Disease Prevention to Health Promotion* in JAMA – vol.281, nº11, p. 1030-1033
- Cabrera, L. (2003). *Por qué Desarrollar Competencias Generales en los Alumnos de Enfermería?* Comunicação integrada na VII Conferencia IberoAmericana de Educación en Enfermería.
- Carrondo, E. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e Desenvolvimento da criança – contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho. Consultado em Janeiro de 2010: <http://repositorium.sdum.uminho.pt>

- Carvalho, A (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de doutoramento, não publicada, Universidade do Minho. Consultado em Janeiro de 2010: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Am%C3%A2ncio%20Carvalho.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, T. & Trindade, I. (1994). *Psicologia da saúde nos cuidados primários* in *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 345-348.
- Costa, M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Ed. Fim de Século.
- Costa, M. (2001). *Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Educa / Formasau.
- Costa, M.M. (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes – A problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de mestrado, não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Consultado em Fevereiro 2010 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7232>
- Direcção Geral do Ensino Superior, (2008). *Descritores de Dublin*. Consultado em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/> (Acedido em Junho 2010).
- Fernandes, M. et al (2005). *Plano de Estudos para a Licenciatura de Enfermagem*. Barcarena: Universidade Atlântica.

- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência – Desenvolvimento de competências de Enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Figueira, T., Ferreira E., Schall V. & Modena C. (2009). *Percepções e acções de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica* in Revista de Saúde Pública, 2009, 43 (6): 937-43. Belo Horizonte, Brasil: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Galwai Conference, (2009). *Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement*. Draft em formato pdf acedido em, Dezembro 2009, em: [http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap\\_building/Galway\\_Consensus\\_Statement.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/Galway_Consensus_Statement.pdf)
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Kazarian, S. & Evans, D. (2001). *Handbook of Cultural Health Psychology*. California, USA: Academic Press. Consultado em Fevereiro/Março e Maio/Junho de 2010 em: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9780124027718>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusociência
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjogren, A., Kettunen, T. & Karhila, P. (2001). *Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education* in Health Education Research – Theory & Practice, vol.16, nº1, p. 33-48. England:

Oxford University Press

McMichael, A. (2006). *Emerging health issues: the widening challenge for population health promotion*. Health Promotion International, p. 16.

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos enfermeiros – a excelência do cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro

Ministério da Saúde (2001) – *Guias de Educação e Promoção de Saúde*, Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, (2008). *Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ministério da Saúde. (1985). *As metas da saúde para todos*. Lisboa: Artes Gráficas.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Vols. I - Prioridades; II- Orientações Estratégicas).

Nunes, L. et al (2007). *Uma matriz de competências para a licenciatura de enfermagem* in Revista Percursos - Separata, p. 3-64.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Portugal: OE.

Pestana, M. (1995). *A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural*. Dissertação de mestrado in Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 1, (1996), 3º trimestre.

Queiró, J. et al (2003). *Paradigma da aprendizagem - Universidade e Politécnico (ciências e engenharia)*. Comunicação integrada no seminário: Reflectir Bolonha:

Reformar o Ensino Superior. Arquivo documental sobre a construção do Espaço Europeu de Ensino Superior. Consultado em Julho, 2010 em: [http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir\\_bolonha/sems/c1/bro.pdf](http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir_bolonha/sems/c1/bro.pdf)

Ramírez, C. (2003). *Promoción de la Salud*. Comunicação integrada na VII Conferencia IberoAmericana de Educación en Enfermería.

Redman, B. (2001). *A prática da Educação para a Saúde*. (9ª edição). Loures. Lusociência.

Rosen, L.; Manor, O.; Engelhard E. & Zucker, D. (2006). *Community matters in healthy aging* in American Journal of Public Health, vol.96, nº7, p. 1181-1186

Rossum, H. & Denekens, J. (2003). *Competency based learning in the bachelor-master structure: an analysis and an example*. Comunicação integrada no Seminário: Reflectir Bolonha: Reformar o Ensino Superior: Universidade do Porto. Acedido em Julho-10, em: [http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir\\_bolonha/sems/c1/03\\_hvrjd.pdf](http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir_bolonha/sems/c1/03_hvrjd.pdf)

Vala, J. (2007). *A análise de conteúdo* in Pinto A. (orgs). *Metodologia das Ciências Sociais*. 14ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

Vallés, J. M. (2009). *La Evaluación en Educación Médica*. Conferência ditada em reunião clínica do Departamento de Medicina, Hospital Clínico da Universidade do Chile e disponível em Medwave. Consultado em Julho 2010, em: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Temas/3702>

World Health Organization (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. New York, USA: Official Records of the World Health Organization, Consultado em Janeiro 2010 em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen,

Denmark: WHO, European Regional Office.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO, European Regional Office.

World Health Organization (2005). WHO *Secretariat Background Document for the 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion*. Unedited Working Paper, Bangkok, Thailand: WHO, European Regional Office.

## Referências a Legislação

Portugal, Ministério da Saúde, (1991). Decreto-lei n.º 437/91, *Carreira de Enfermagem*. Lisboa: Diário da República I Série A, 8 de Novembro de 1991.

Portugal, Ministério da Saúde, (2008). Decreto-lei n.º 28/2008. *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Diário da República 38 Série I de 22 de Fevereiro de 2008.

Portugal, Ministério da Educação, (1999). Decreto-lei n.º 353 / 99. *Fixa as regras gerais a que fica subordinado o ensino da enfermagem, no âmbito do ensino superior politécnico*. Lisboa: Diário da República de 3 de Setembro de 1999.

Portugal, Ministério da Educação, (1999). Portaria n.º 799 D/99. Regulamenta o Curso de Licenciatura em Enfermagem. N.º 219. I Série B de 18 de Setembro de 1999.

## **Anexos**





## **Anexo 1 - Plano de estudos do CLE - UATLA**



**1º Ano**

1º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Anatomia e Fisiologia	Medicina	Semestral	119	T:50;TP:30	5	Obrigatória
Psicologia	Psicologia	Semestral	104	T:40;TP:30	5	Obrigatória
Biofísica e Bioquímica	Bioquímica	Semestral	56	T:20;TP:20	2	Obrigatória
Ciência da Enfermagem	Enfermagem	Semestral	172	T:90;TP:40	8	Obrigatória
Ética e Deontologia	Ética	Semestral	90	T:20;TP:10	4	Obrigatória
Sociologia da Saúde	Sociologia	Semestral	45	T:30	2	Obrigatória
Metodologia de Estudo e Pedagogia	Educação	Semestral	87	TP:50	4	Obrigatória

2º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Ensino Clínico de Saúde Materna	Enfermagem EC	Semestral	515	E:350	11	Obrigatória
Enfermagem de Saúde	Enfermagem	Semestral	120	T:60;TP:30	5	Obrigatória

2º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Materna e Obstetrícia	T					
Farmacologia	Medicina	Semestral	45	T:30	3	Obrigatória
Microbiologia e Parasitologia	Bioquímica	Semestral	42	T:30	2	Obrigatória
Sociologia da Família	Sociologia	Semestral	62	T:40	3	Obrigatória
Patologia, Obstetrícia	Medicina	Semestral	45	T:30	2	Obrigatória
Patologia Geral	Medicina	Semestral	100	T:45	4	Obrigatória

## 2º Ano

1º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Ensino Clínico, Saúde Infantil e Pediátrica	Enfermagem EC	Semestral	427	E:315	13	Obrigatória
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	Enfermagem T	Semestral	134	T:80;TP:20	7	Obrigatória
Nutrição	Nutrição	Semestral	43	T:30	2	Obrigatória

1º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Patologia, Pediatria	Medicina	Semestral	67	T:50	4	Obrigatória

Psicologia das Relações Interpessoais	Psicologia	Semestral	63	T:30;TP:20	4	Obrigatória
---------------------------------------	------------	-----------	----	------------	---	-------------

2º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		

Ensino Clínico, Saúde do Adulto e Especialidades Médicas	Enfermagem EC	Semestral	463	E:350	15	Obrigatória
--	---------------	-----------	-----	-------	----	-------------

Enfermagem, Saúde do Adulto e Especialidades Médicas	Enfermagem T	Semestral	163	T:100;TP:30	7	Obrigatória
--	--------------	-----------	-----	-------------	---	-------------

Ética em Enfermagem	Ética	Semestral	64	T:35;TP:15	3	Obrigatória
---------------------	-------	-----------	----	------------	---	-------------

Patologia, Especialidades Médicas	Medicina	Semestral	68	T:50	3	Obrigatória
-----------------------------------	----------	-----------	----	------	---	-------------

Farmacologia em Enfermagem	Enfermagem T	Semestral	45	T:20;TP:20	2	Obrigatória
----------------------------	--------------	-----------	----	------------	---	-------------

### 3º Ano

1º Semestre						
-------------	--	--	--	--	--	--

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		

Investigação	Enfermagem I	Semestral	150	T:30/TP:30/OT:60	3	Obrigatória
--------------	-----------------	-----------	-----	------------------	---	-------------

Ensino Clínico, Saúde do Adulto e Especialidades Cirúrgicas	Enfermagem EC	Semestral	450	E:350	15	Obrigatória
---	------------------	-----------	-----	-------	----	-------------

Enfermagem, Saúde do Adulto e Especialidades Cirúrgicas	Enfermagem T	Semestral	150	T:90;TP:30	5	Obrigatória
---	-----------------	-----------	-----	------------	---	-------------

Patologia, Especialidades Cirúrgicas	Medicina	Semestral	72	T:50	3	Obrigatória
--------------------------------------	----------	-----------	----	------	---	-------------

Optativa (Grupo 1)		Semestral	90	TP:45	3	Opcional
--------------------	--	-----------	----	-------	---	----------

Optativa (Grupo 2)		Semestral	100	TP:45	4	Opcional
--------------------	--	-----------	-----	-------	---	----------

## 2º Semestre

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		

Ensino Clínico, Saúde Mental e Psiquiátrica	Enfermagem EC	Semestral	294	E:210	13	Obrigatória
---	------------------	-----------	-----	-------	----	-------------

Enfermagem, Saúde Mental e Psiquiátrica	Enfermagem T	Semestral	63	T:30;TP:20	5	Obrigatória
---	-----------------	-----------	----	------------	---	-------------

2º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Integração na Equipa de Saúde	Psicologia	Semestral	44	T:20;TP:20	2	Obrigatória
Patologia, Psiquiatria	Medicina	Semestral	60	T:50	3	Obrigatória
Optativa (Grupo 3)		Semestral	100	TP:45	4	Opcional

#### 4º Ano

1º Semestre						
Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Ensino Clínico, Saúde do Idoso	Enfermagem EC	Semestral	427	E:350	14	Obrigatória
Enfermagem, Saúde do Idoso	Enfermagem T	Semestral	126	T:80;TP:20	7	Obrigatória
Optativa (Grupo 4)		Semestral	60	TP:30	3	Opcional
Gestão em Saúde	Gestão	Semestral	60	TP:45	3	Obrigatória
Optativa (Grupo 5)		Semestral	60	TP:30	3	Opcional

2º Semestre						
-------------	--	--	--	--	--	--

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Tempo de trabalho		Créditos	Obs
			Total	Contacto		
Ciclos Temáticos	Enfermagem I	Semestral	105	S:30	7	Obrigatória
Ensino Clínico VII (opção)	Enfermagem EC	Semestral	561	E:490	15	Obrigatória
Enfermagem de Saúde Comunitária	Enfermagem	Semestral	55	T:30;TP:20	2	Obrigatória
Enfermagem de Emergência	Enfermagem	Semestral	62	T:30;TP:20	3	Obrigatória
Optativa (Grupo 6)		Semestral	60	TP:30	3	Opcional



## **Anexo 2 – Folha de Indicadores**

UNIVERSIDADE ATLÂNTICA/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Curso de Licenciatura em Enfermagem

NOTA

Ensino Clínico Enfermagem Comunitária

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_  
Nº de pauta: \_\_\_\_\_

O estudante apresenta competências nas seguintes áreas:	Auto-Avaliação				Hetero-Avaliação			
1 – INTEGRAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO	I	S	B	MB	I	S	B	MB
- Conhece a organização dos cuidados de saúde primários								
- Descreve a metodologia de trabalho do serviço								
- Conhece a constituição da equipa multidisciplinar								
- Insere-se no serviço e na equipa								
- Cumpre cronograma estabelecido								
- É pontual na execução das actividades								
- Apresenta-se adequadamente ao contexto								
2 – PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	I	S	B	MB	I	S	B	MB
- Respeita os princípios orientadores para a tomada de decisão								
- Identifica o erro								
- Corrige o erro								
- Assume a responsabilidade e responde pelas suas acções								
- Respeita o direito dos clientes à informação								
- Promove o direito dos clientes à privacidade								
- Respeita o segredo profissional								
- Promove o consentimento informado e esclarecido								
- Respeita os valores e as crenças dos clientes								
3 – RELAÇÕES INTERPESSOAIS	I	S	B	MB	I	S	B	MB
- Promove comunicação assertiva								
- Relaciona-se cordialmente com cliente, orientador e professor								
- Manifesta espírito de equipa								
- Manifesta espírito de iniciativa								
- Aceita crítica e sugestões de modo construtivo								
- Corrige comportamentos mediante a crítica								
4 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	I	S	B	MB	I	S	B	MB
- Utiliza conhecimento e técnicas adequadas à intervenção na comunidade								
- Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo								
- Implementa acções de Promoção de Saúde e promove o auto-cuidado								
- Efectua o levantamento de dados utilizando as fontes disponíveis								
- Identifica necessidades do cliente (pessoa, grupo e comunidade)								
- Estabelece diagnósticos de situação								
- Define objectivos em função das necessidades identificadas								
- Estabelece prioridades de intervenção								
- Considera os recursos disponíveis								
- Intervém em função do planeamento realizado								
- Avalia as intervenções planeadas e executadas								
- Restutura o plano em função dos resultados								
- Regista os resultados obtidos								

Escala: Insuficiente (<10); Suficiente (10-13); Bom (14-16); Muito Bom (17-18); Muito Bom com Distinção (19-20)



## This image shows a single sheet of white graph paper with a light gray grid pattern. The grid consists of small squares. In the lower-left quadrant, there is a small, faint red mark or smudge. The rest of the page is blank.

**OBSERVAÇÕES:**

*[The page contains faint, illegible markings.]*

--	--

---

---



## Apêndices



**Apêndice 1 – Pedido de autorização para uso dos critérios da matriz de competências para a licenciatura**







Ema Perdigão Fernandes &lt;emaperdigao@gmail.com&gt;

## Pedido de autorização

4 mensagens

Ema Perdigão Fernandes &lt;emaperdigao@gmail.com&gt;

26 de Maio de 2010 21:35

Para: lnunes@ess.ips.pt

Cc: José Alves Diniz &lt;jadiniz@fmh.utl.pt&gt;

Cara Sra Enfermeira e Professora do IPS,

Sou enfermeira, a dar aulas na escola superior de saúde da Universidade Atlântica e actualmente, a realizar um estudo, no âmbito do mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Motricidade Humana, sobre o tema Competências em Educação para a Saúde, com o Professor Doutor Alves Diniz como Orientador da dissertação.

O objectivo do estudo é:

*«descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde».*

Após algum trabalho de pesquisa efectuado cheguei ao artigo **«Uma matriz de competências para a licenciatura em Enfermagem»** e desta forma, aos critérios por vós definidos, para atingir as competências do domínio Promoção da Saúde, explicitadas no documento «competências do enfermeiro de cuidados gerais» (OE, 2003). Dada a sua pertinência uma vez que o estudo se realizará em meio escolar, constituem um importante contributo para a construção do instrumento de recolha de dados como pode constatar no documento anexo.

Assim com este contacto, pretendo validar consigo por um lado, qual a melhor forma para formalizar um pedido de **autorização para usar os critérios de avaliação das competências do domínio, Promoção da Saúde correspondentes ao vosso artigo supra-citado** e por outro, para lhe solicitar que como perita reconhecida pela sociedade científica e empenhada na evolução da disciplina de Enfermagem, consiga dispendir algum do seu tempo para ler e comentar o questionário, em documento que tomei a liberdade de já anexar.

Este segundo pedido vem no seguimento de uma validação externa do questionário que pretendo realizar junto de um conjunto de peritos na área temática e na disciplina e que obviamente começo por si uma vez que me encontro a aguardar autorização para usar os critérios que são seus.

Grata desde já pela sua disponibilidade, aguardo a sua resposta.

Creia-me muito atenta,

Ema Perdigão

---

### 2 anexos

 Competências em Educação para a Saúde - Questionário.pdf  
112K Validação por um grupo de peritos.pdf  
76K

Ema Perdigão Fernandes &lt;emaperdigao@gmail.com&gt;

27 de Maio de 2010 22:27

Para: lnunes@ess.ips.pt

[Citação ocultada]

Agradeço o seu email,  
bem como autorizo, em nome do grupo, a utilização do nosso trabalho,  
esperando que os seus resultados se venham a constituir como um contributo,  
para fortalecer e/ou repensar o que formulámos e utilizamos numa das macro-competências.

Quanto ao questionário, lerei e comentarei tão rapidamente quanto me seja possível,

Cordialmente,

Lucília Nunes, PhD, MNSc, RN  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal  
[lucilia.nunes@ess.ips.pt](mailto:lucilia.nunes@ess.ips.pt)

- Mostrar citação -

[Responder](#)   [Responder a todos](#)   [Encaminhar](#)

Enviado por Ema Perdigão Fernandes para Lucília

[mostrar detalhes](#)

Muito obrigada, pela sua atenção e aguardo com expectativa os seus comentários e sugestões. (enviei poste validação em formato Word para, se preferir, poder escrever no próprio documento...)

Creia-me muito atenta,  
Ema Perdigão

No dia 1 de Junho de 2010 01:12, Lucília Nunes <[lucilia.nunes@ess.ips.pt](mailto:lucilia.nunes@ess.ips.pt)> escreveu:

- Mostrar citação -

[Responder](#)   [Encaminhar](#)

[« Voltar a Resultados de pesquisa](#)

Arquivo

Denunciar spam

Eliminar

Mover para Caixa de entrada

**Reencaminhe** automaticamente as suas mensagens do Gmail para os

Neste momento está a usar 3155 MB (42%) do seu total

Última actividade da conta: 17 horas atrás no IP 77.54.119

vista de Gmail: normal | [desactivar o buzz](#) | [gestor de contactos antigo](#)

©2010 Google - [Termos](#) - [Política de privacidade](#) - [Política de privacidade de](#)

## **Apêndice 2 – Formulário do grupo de peritos**





## Validação do conteúdo do questionário por um grupo de peritos

**Tema do estudo:** Competências em Educação para a Saúde (EpS)

**Objectivo do estudo:** *Descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde, do qual decorrem as seguintes questões de investigação:*

Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?

Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunir no final da licenciatura?

Quais as competências em EpS que os estudantes finalistas consideram aplicar em ensino clínico?

Quais as áreas de intervenção em que já como enfermeiros, os estudantes prevêem aplicar as competências em EpS?

Pretende-se realizar um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, complementada com a utilização da técnica de análise temática de conteúdo.

**População alvo:** Estudantes finalistas do CLE da UATLA

### Instrumento de colheita de dados

Aspectos tidos em conta na construção do questionário:

A Organização Escolar certifica que ao terminar a licenciatura o futuro profissional deverá corresponder ao perfil de competências preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003) para o enfermeiro de cuidados gerais. Deste perfil faz parte uma macro-competência<sup>1</sup>, **Promoção de Saúde** que resulta do agrupamento de 12 competências afins e que neste caso foram todas seleccionadas por serem específicas da área temática e irem de encontro ao que se pretende validar com o estudo. Como critérios para atingir cada competência, pediu-se autorização (que se aguarda) para utilizar os identificados no âmbito do trabalho, *Uma matriz de competências para a licenciatura de Enfermagem*, realizado por um grupo de professores do Instituto Politécnico de Setúbal, (Nunes et al, 2007).

<sup>1</sup> Competência de referência, Perrenoud (1999)

Para validação do conteúdo do questionário pretende-se saber se:

1. Dado o objectivo do estudo e a população alvo, a selecção das competências (agrupamento de 12 competências) do domínio Promoção da Saúde é adequada?

Sim ☐

Não ☐

E suficiente? Sim ☐

Não ☐

2. Os critérios seleccionados para atingir cada competência são, no seu entender:

• Em número suficiente? Sim

☐

Não

☐

• Em número excessivo? Sim

☐

Não

☐

Se respondeu afirmativamente a algum dos itens anteriores indique a(s) competência(s) em que isso se verifica e apresente sugestões.

3. Os critérios seleccionados para atingir cada competência são claros?

Sim

☐

Não

☐

Sugestões:

Desde já muito grata pela preciosa e imprescindível colaboração,

Ema Perdigão

### **Apêndice 3 – Pedido de autorização para recolha de dados**



Faculdade de Motricidade Humana



Magnífico Reitor  
Professor Doutor Nelson Lourenço  
Universidade Atlântica

Barcarena, 28 de Maio de 2010

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do mestrado em Ciências da Educação, na especialidade Educação para a Saúde

Ema Perdigão, mestranda em Ciências da Educação, na especialidade Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, solicita autorização para a recolha de dados na Vossa Universidade com vista à realização do estudo sobre a temática, Competências em Educação para a Saúde.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa cujo instrumento de recolha de dados é um questionário (anexo I) a aplicar aos estudantes finalistas do curso de Enfermagem em Junho de 2010. Tem-se como objectivo do estudo:

**Descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde**, do qual decorrem as seguintes questões de investigação:

- Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?
- Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunir no final da licenciatura?
- Quais as competências em EpS que os estudantes finalistas consideram aplicar em ensino clínico?
- Quais as áreas de intervenção em que já como enfermeiros, os estudantes prevêem aplicar as competências em EpS?





Faculdade de Motricidade Humana



Estarão salvaguardados os direitos éticos de todos e de cada um dos participantes, nomeadamente a liberdade de escolha e o direito à informação relativamente ao objectivo, métodos e técnicas a utilizar. Para o efeito, foi elaborada carta explicativa do estudo e respectiva declaração do consentimento informado, cujo exemplar se anexa. O anonimato dos participantes e o direito à confidencialidade dos dados serão igualmente garantidos.

Após a realização do estudo e caso seja do Vosso interesse, estarão à disposição os resultados obtidos.

Aguarda-se deferimento,

Muito atentamente,

---

Ema Perdigão

Email: [eperdigao@uatlantica.pt](mailto:eperdigao@uatlantica.pt)

Orientador da dissertação, Professor Doutor Alves Diniz

Email: [jadiniz@netcabo.pt](mailto:jadiniz@netcabo.pt)

Directora da Licenciatura de  
Enfermagem da UATLA  
Professora Maria João de Sousa  
Fernandes

Barcarena, 28 de Maio de 2010

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do mestrado em Ciências da Educação, na especialidade Educação para a Saúde

Ema Perdigão, mestranda em Ciências da Educação, na especialidade Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, solicita autorização a V. Ex.<sup>a</sup> para realizar a recolha de dados do estudo sobre a temática, competências em Educação para a Saúde.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, cujo instrumento de recolha de dados é um questionário (que se anexa a esta carta) a aplicar aos estudantes finalistas do curso de Enfermagem em Junho de 2010. Tem-se como objectivo do estudo:

**Descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde**, do qual decorrem as seguintes questões de investigação:

- Quais as unidades curriculares que, na opinião dos estudantes finalistas, contribuem para o desenvolvimento de competências em EpS durante o percurso formativo?
- Quais as competências em EpS que os estudantes identificam reunir no final da licenciatura?
- Quais as competências em EpS que os estudantes finalistas consideram aplicar em ensino clínico?
- Quais as áreas de intervenção em que já como enfermeiros, os estudantes prevêem aplicar as competências em EpS?

Estarão salvaguardados os direitos éticos de todos e de cada um dos participantes, nomeadamente a liberdade de escolha e o direito à informação relativamente ao objectivo e métodos e técnicas a utilizar. Para o efeito, foram elaboradas carta explicativa do estudo e respectiva declaração do consentimento informado, cujos exemplares se anexam. O anonimato dos participantes e o direito à confidencialidade dos dados serão igualmente garantidos.

Após a realização do estudo e caso seja do vosso interesse, estarão à disposição os resultados obtidos.

Aguarda-se deferimento,

Muito atentamente,

---

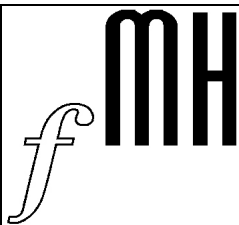
Ema Perdigão

Email: [eperdigao@uatlantica.pt](mailto:eperdigao@uatlantica.pt)

Orientador da dissertação, Professor Doutor Alves Diniz

Email: [jadiniz@netcabo.pt](mailto:jadiniz@netcabo.pt)

## **Apêndice 4 – Formulário de Consentimento Informado**



## Formulário de Consentimento Informado

### Esclarecimento:

No âmbito do curso de mestrado em Ciências da Educação, na especialidade Educação para a Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa realiza-se este estudo com o objectivo de **descrever a percepção do estudante finalista do curso de licenciatura em Enfermagem sobre as suas competências em Educação para a Saúde (EpS)**, pelo que a sua opinião é muito importante para nós.

Caso aceite colaborar, a sua tarefa consistirá na resposta a todas as questões que se apresentam no questionário. Todos os dados que fornecer serão anónimos e confidenciais, destinando-se apenas a análise de conjunto. É livre de participar e mesmo após iniciar o preenchimento do questionário pode desistir, se assim o decidir, sem qualquer tipo de prejuízo.

Caso tenha interesse em conhecer os resultados ser-lhe-ão facultados através de solicitação à autora do trabalho.

Se surgirem dúvidas não hesite em esclarecê-las através do contacto:

Email: [emaperdigao@gmail.com](mailto:emaperdigao@gmail.com)

---

### Consentimento:

Eu \_\_\_\_\_, declaro que me foram esclarecidas todas as dúvidas e que aceito participar no estudo - Competências em EpS.

Data

Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **Apêndice 5 - Questionário**

# Questionário

Caro estudante:

Com este questionário pretende-se **conhecer a percepção dos estudantes sobre o conjunto de competências em Educação para a Saúde (EpS) que reúnem no final da licenciatura e a sua aplicação no ensino clínico (EC) opcional**. Tomou-se como referencial o conjunto de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para enfermeiro de cuidados gerais, tendo-se seleccionado o domínio «Promoção da Saúde» que inclui 12 competências.

Não se pretende testar conhecimentos pelo que não existem respostas certas ou erradas. Leia atentamente todo o questionário e responda de forma sincera e inequívoca. Espera-se um contributo que se considera valioso para a reflexão sobre esta temática.

## Parte I – Caracterização do participante no estudo

**Responda de forma sucinta nos espaços** apresentados para o efeito **ou assinale com uma cruz a opção** que melhor se lhe adequa:

- Idade: \_\_\_\_\_ anos (completos)
- Género: Masculino ☐ Feminino ☐
- Fez ou está a fazer outra formação? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

## Parte II – Estudo das competências

- Identifique todas as unidades curriculares<sup>1</sup> que, ao longo dos 4 anos de licenciatura, considera terem contribuído para a aquisição de competências em EpS?

---

---

---

---

<sup>1</sup> Entende-se por unidades curriculares as disciplinas teóricas e teórico-práticas e os ensinamentos clínicos.



2. Assinale com um X a opção que melhor traduz a sua opinião, sabendo que:

A)

MC	Muito competente
C	Competente
PC	Pouco competente
NC	Nada competente

B)

1 = Concordo

2 = Discordo

### 32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais

Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais	MC	C	PC	NC	1	2
Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global.	MC	C	PC	NC	1	2
Interpreta projectos, programas e orientações técnicas.	MC	C	PC	NC	1	2
Analisa os indicadores de saúde disponíveis.	MC	C	PC	NC	1	2
Compreende as implicações ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos.	MC	C	PC	NC	1	2

### 33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades

Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Identifica, em equipa áreas-problema na promoção da saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Conhece o processo de trabalho de parceria, fundamentado em conhecimentos sobre a região e recursos.	MC	C	PC	NC	1	2
Adequa o processo de planeamento à educação para a saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Articula o planeamento com as comunidades envolvidas.	MC	C	PC	NC	1	2

### 34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde

Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Identifica factores externos das determinantes da saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Utiliza o conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde.	MC	C	PC	NC	1	2

**34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde**

<b>Critérios para medir esta competência:</b>	<b>Como se posiciona?</b>				<b>Aplica em EC</b>	
Identifica factores internos determinantes da saúde, incluindo estilos de vida.	MC	C	PC	NC	1	2
Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente.	MC	C	PC	NC	1	2
Incentiva a participação da família e significativo, assim como o apoio da envolvente comunitária.	MC	C	PC	NC	1	2

**35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação**

<b>Critérios para medir esta competência:</b>	<b>Como se posiciona?</b>				<b>Aplica em EC</b>	
Identifica o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar.	MC	C	PC	NC	1	2
Colabora na identificação das necessidades em educação para a saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Integra a equipa na definição de objectivos.	MC	C	PC	NC	1	2
Propõe actividades para a promoção da saúde e prevenção da doença.	MC	C	PC	NC	1	2
Atenta às características da comunidade e de populações específicas.	MC	C	PC	NC	1	2
Identifica os resultados esperados decorrentes das intervenções.	MC	C	PC	NC	1	2
Contribui para avaliação das intervenções, em qualquer contexto.	MC	C	PC	NC	1	2

**36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde**

<b>Critérios para medir esta competência:</b>	<b>Como se posiciona?</b>				<b>Aplica em EC</b>	
Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local.	MC	C	PC	NC	1	2
Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família.	MC	C	PC	NC	1	2
Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários.	MC	C	PC	NC	1	2
Encaminha para os recursos disponíveis.	MC	C	PC	NC	1	2

**37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável**

<b>Critérios para medir esta competência:</b>	<b>Como se posiciona?</b>				<b>Aplica em EC</b>	
Conhece os mecanismos e estratégias de <i>empowerment</i> .	MC	C	PC	NC	1	2

37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões.	MC	C	PC	NC	1	2
Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável	MC	C	PC	NC	1	2
Funciona como recurso para a tomada de decisão.	MC	C	PC	NC	1	2

38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Identifica a informação de saúde na situação concreta.	MC	C	PC	NC	1	2
Assegura o acesso à informação de saúde, ajustada ao caso e ao cliente.	MC	C	PC	NC	1	2
Utiliza os meios de informação disponíveis no contexto onde se encontra.	MC	C	PC	NC	1	2
Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades.	MC	C	PC	NC	1	2
Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade.	MC	C	PC	NC	1	2

39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns.	MC	C	PC	NC	1	2
Inclui, na prestação de cuidados e na promoção de saúde, o conhecimento das práticas concretas dos clientes.	MC	C	PC	NC	1	2

40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente.	MC	C	PC	NC	1	2
Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado.	MC	C	PC	NC	1	2

40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Utiliza métodos e formas de ensino, adequadas às pessoas-alvo, visando o auto-cuidado.	MC	C	PC	NC	1	2
Valida a compreensão da informação recebida.	MC	C	PC	NC	1	2

41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Conhece os conceitos da educação para a saúde.	MC	C	PC	NC	1	2
Utiliza as oportunidades das situações de cuidados para realizar ensino.	MC	C	PC	NC	1	2
Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente.	MC	C	PC	NC	1	2

42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Conhece as estratégias de ensino-aprendizagem apropriadas à educação para a saúde	MC	C	PC	NC	1	2
Procura ir ao encontro das expectativas e necessidades, por forma a potencializar as intervenções.	MC	C	PC	NC	1	2
Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interação, explicitando as razões da adequação.	MC	C	PC	NC	1	2

43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde						
Critérios para medir esta competência:	Como se posiciona?				Aplica em EC	
Identifica os resultados obtidos.	MC	C	PC	NC	1	2
Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo.	MC	C	PC	NC	1	2
Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido.	MC	C	PC	NC	1	2
Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos.	MC	C	PC	NC	1	2

3. Tendo assinalado «discordo» na aplicação de algumas das competências em EpS durante o ensino clínico, **enumere** por ordem de importância, **as razões que identifica** para que tal aconteça?

1-	
2-	
3-	
4-	
5-	

4. Em que áreas de intervenção, como enfermeiro, considera poder aplicar e desenvolver as suas competências em EpS?

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigada pela sua colaboração!!!

Ema Perdigão

## **Apêndice 6 – Outputs (PASW statistics 18)**



### 32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS	4	7,8%	22	43,1%	23	45,1%	2	3,9%	51	100,0%
Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global	0	,0%	15	29,4%	34	66,7%	2	3,9%	51	100,0%
Interpreta projectos, programas e orientações técnicas	1	2,0%	7	13,7%	40	78,4%	3	5,9%	51	100,0%
Analisa os indicadores de saúde disponíveis	0	,0%	5	9,8%	44	86,3%	2	3,9%	51	100,0%
Compreende as implicações dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos	0	,0%	11	21,6%	35	68,6%	5	9,8%	51	100,0%

### 32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais. Aplicou em EC?

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece as orientações estratégicas nacionais e internacionais para a PS e EpS_aplicou em EC	37	72,5%	14	27,5%	51	100,0%
Argumenta e fundamenta tendo em conta as políticas de saúde e uma visão global_aplicou em EC	45	88,2%	6	11,8%	51	100,0%
Interpreta projectos, programas e orientações técnicas_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%
Analisa os indicadores de saúde disponíveis_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Compreende as implicações dessas políticas, ao nível da saúde dos indivíduos e dos grupos_aplicou em EC	44	86,3%	7	13,7%	51	100,0%



**33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica parceiros e recursos comunitários	0	,0%	4	7,8%	38	74,5%	9	17,6%	51	100,0%
Identifica, em equipa áreas problema na PS	2	3,9%	4	7,8%	39	76,5%	6	11,8%	51	100,0%
Adequa o processo de planeamento à EpS	0	,0%	5	9,8%	40	78,4%	6	11,8%	51	100,0%
Articula o planeamento com as comunidades envolvidas	0	,0%	6	11,8%	39	76,5%	6	11,8%	51	100,0%

**33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica parceiros e recursos comunitários_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Identifica, em equipa áreas problema na PS_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Adequa o processo de planeamento à EpS_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%
Articula o planeamento com as comunidades envolvidas_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%

**34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica factores externos das determinantes da saúde	1	2,0%	7	13,7%	39	76,5%	4	7,8%	51	100,0%
Utiliza o conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde	1	2,0%	7	13,7%	39	76,5%	4	7,8%	51	100,0%
Identifica factores internos determinantes da saúde, incluindo os estilos de vida	0	,0%	3	5,9%	41	80,4%	7	13,7%	51	100,0%
Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente	0	,0%	7	13,7%	38	74,5%	6	11,8%	51	100,0%

**34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica factores externos das determinantes da saúde_aplicou em EC	46	90,2%	5	9,8%	51	100,0%
Utiliza o conhecimento sobre os factores externos determinantes da saúde_aplicou em EC	44	86,3%	7	13,7%	51	100,0%
Identifica factores internos determinantes da saúde, incluindo os estilos de vida_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%
Identifica as redes sociais e familiares de apoio ao cliente_aplicou em EC	47	92,2%	4	7,8%	51	100,0%

**35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar	0	,0%	0	,0%	28	54,9%	23	45,1%	51	100,0%
Colabora na identificação das necessidades em EpS	0	,0%	2	3,9%	37	72,5%	12	23,5%	51	100,0%
Respeita as características da comunidade e de populações específicas	0	,0%	1	2,0%	32	62,7%	18	35,3%	51	100,0%
Integra a equipa na definição de objectivos	0	,0%	6	11,8%	28	54,9%	17	33,3%	51	100,0%
Propõe actividades para a PS e PD	0	,0%	2	3,9%	35	68,6%	14	27,5%	51	100,0%
Identifica os resultados esperados decorrentes das intervenções	0	,0%	2	3,9%	38	74,5%	11	21,6%	51	100,0%
Contribui para a avaliação das intervenções, em qualquer contexto	0	,0%	4	7,8%	35	68,6%	12	23,5%	51	100,0%

**35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Colabora na identificação das necessidades em EpS_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Respeita as características da comunidade e de populações específicas_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Integra a equipa na definição de objectivos_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Propõe actividades para a PS e PD_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Identifica os resultados esperados decorrentes das intervenções_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Contribui para a avaliação das intervenções, em qualquer contexto_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%

**36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local	0	,0%	23	45,1%	27	52,9%	1	2,0%	51	100,0%
Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família	0	,0%	7	13,7%	38	74,5%	6	11,8%	51	100,0%
Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários	0	,0%	6	11,8%	41	80,4%	4	7,8%	51	100,0%
Encaminha para os recursos disponíveis	1	2,0%	13	25,5%	32	62,7%	5	9,8%	51	100,0%

**36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os programas nacionais e as intervenções ao nível local_aplicou em EC	42	82,4%	9	17,6%	51	100,0%
Conhece os recursos disponíveis, incluindo os do utente e família_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Identifica os recursos disponíveis para responder aos problemas e necessidades, sobretudo os comunitários_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%
Encaminha para os recursos disponíveis_aplicou em EC	43	84,3%	8	15,7%	51	100,0%

**37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os mecanismos e estratégias de empowerment	0	,0%	8	15,7%	36	70,6%	7	13,7%	51	100,0%
Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões	0	,0%	1	2,0%	39	76,5%	11	21,6%	51	100,0%
Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável	0	,0%	2	3,9%	40	78,4%	9	17,6%	51	100,0%
Funciona como recurso para a tomada de decisão do cliente	0	,0%	8	15,7%	37	72,5%	6	11,8%	51	100,0%

**37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudável. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os mecanismos e estratégias de empowerment_aplicou em EC	46	90,2%	5	9,8%	51	100,0%
Age, informando e promovendo a participação dos clientes nas decisões_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Promove a adesão do cliente/família à adopção de estilos de vida saudável_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Funciona como recurso para a tomada de decisão do cliente_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%

**38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica a informação de saúde na situação concreta	0	,0%	4	7,8%	42	82,4%	5	9,8%	51	100,0%
Assegura o acesso à informação de saúde, ajustada ao caso e ao cliente	0	,0%	6	11,8%	39	76,5%	6	11,8%	51	100,0%
Utiliza os meios de informação disponíveis no contexto onde se encontra	0	,0%	2	3,9%	40	78,4%	9	17,6%	51	100,0%
Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades	0	,0%	9	17,6%	37	72,5%	5	9,8%	51	100,0%
Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade	2	3,9%	19	37,3%	27	52,9%	3	5,9%	51	100,0%

**38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica a informação de saúde na situação concreta_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Assegura o acesso à informação de saúde, ajustada ao caso e ao cliente_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Utiliza os meios de informação disponíveis no contexto onde se encontra_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Constrói meios de informação de saúde adequados às necessidades_aplicou em EC	48	94,1%	3	5,9%	51	100,0%
Conhece os circuitos para encaminhar os utentes para os outros profissionais ou serviços, mobilizando os recursos da comunidade_aplicou em EC	45	88,2%	6	11,8%	51	100,0%

**39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde	1	2,0%	10	19,6%	35	68,6%	5	9,8%	51	100,0%
Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns	1	2,0%	15	29,4%	32	62,7%	3	5,9%	51	100,0%

**39. Demonstra compreender as práticas tradicionais de crenças sobre a saúde dos indivíduos das famílias ou das comunidades. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Demonstra, pela argumentação e planeamento, a inclusão dos conhecimentos sobre as práticas de saúde_aplicou em EC	44	86,3%	7	13,7%	51	100,0%
Conhece modelos/teorias de comportamento em saúde e práticas tradicionais comuns_aplicou em EC	42	82,4%	9	17,6%	51	100,0%

**40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente	0	,0%	6	11,8%	39	76,5%	6	11,8%	51	100,0%
Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado	0	,0%	2	3,9%	38	74,5%	11	21,6%	51	100,0%
Utiliza métodos e formas de ensino, adequadas às pessoas-alvo, visando o auto-cuidado	0	,0%	3	5,9%	38	74,5%	10	19,6%	51	100,0%
Valida a compreensão da informação recebida	0	,0%	5	9,8%	33	64,7%	13	25,5%	51	100,0%

**40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Planeia correctamente a intervenção centrando nas capacidades de auto-cuidado para uma vivência independente_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Realiza ensino adequado às necessidades específicas dos clientes/famílias, visando o auto-cuidado_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Utiliza métodos e formas de ensino, adequadas às pessoas-alvo, visando o auto-cuidado_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Valida a compreensão da informação recebida_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%



**41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os conceitos da educação para a saúde	0	,0%	4	7,8%	35	68,6%	12	23,5%	51	100,0%
Utiliza as oportunidades das situações de cuidados para realizar ensino	0	,0%	0	,0%	40	78,4%	11	21,6%	51	100,0%
Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente	0	,0%	2	3,9%	35	68,6%	14	27,5%	51	100,0%

**41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece os conceitos da educação para a saúde_aplicou em EC	49	96,1%	2	3,9%	51	100,0%
Utiliza as oportunidades das situações de cuidados para realizar ensino_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Adapta nas suas intervenções, o processo de educação para a saúde às etapas de desenvolvimento do cliente_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%

**42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece as estratégias de ensino-aprendizagem apropriadas à educação para a saúde	0	,0%	6	11,8%	38	74,5%	7	13,7%	51	100,0%
Procura ir ao encontro das expectativas e necessidades, por forma a potencializar as intervenções	0	,0%	4	7,8%	41	80,4%	6	11,8%	51	100,0%
Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interação, explicitando as razões da adequação	0	,0%	9	17,6%	36	70,6%	6	11,8%	51	100,0%

**42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Conhece as estratégias de ensino-aprendizagem apropriadas à educação para a saúde_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Procura ir ao encontro das expectativas e necessidades, por forma a potencializar as intervenções_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Escolhe a estratégia mais adequada aquele caso concreto de interação, explicitando as razões da adequação_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%

**43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.**

	nada competente		pouco competente		competente		muito competente		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Identifica os resultados obtidos	0	,0%	2	3,9%	43	84,3%	6	11,8%	51	100,0%
Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo	0	,0%	5	9,8%	40	78,4%	6	11,8%	51	100,0%
Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido	0	,0%	6	11,8%	40	78,4%	5	9,8%	51	100,0%
Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos	0	,0%	6	11,8%	39	76,5%	6	11,8%	51	100,0%

**43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde. Aplicou em EC?**

	sim		não		Total	
	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Identifica os resultados obtidos_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Compara os resultados esperados com os atingidos, tendo em conta as características e especificidades da população-alvo_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%
Procura identificar razões de eventuais desvios entre o planeado e o atingido_aplicou em EC	50	98,0%	1	2,0%	51	100,0%
Julga os resultados face ao padrão dos objectivos estabelecidos_aplicou em EC	51	100,0%	0	,0%	51	100,0%

Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências, Alfa de Cronbach e ponto médio da escala										
	N	Mínimo observado	Máximo observado	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Nº de Itens	Mínimo da escala	Máximo da escala	Ponto médio da escala
Índice de avaliação competência 32	51	5	15	8,90	1,962	,771	5	0	15	7,5
Índice de avaliação competência 33	51	4	12	8,08	1,573	,758	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 34	51	3	12	7,86	1,456	,683	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 35	51	10	21	15,76	2,811	,877	7	0	21	10,5
Índice de avaliação competência 36	51	3	11	7,31	1,581	,720	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 37	51	6	12	8,27	1,358	,625	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 38	51	6	15	9,69	1,923	,798	5	0	15	7,5
Índice de avaliação competência 39	51	0	6	3,59	1,134	,875	2	0	6	3
Índice de avaliação competência 40	51	5	12	8,47	1,678	,839	4	0	12	6
Índice de avaliação competência 41	51	4	9	6,61	1,250	,799	3	0	9	4,5
Índice de avaliação competência 42	51	3	9	6,00	1,296	,826	3	0	9	4,5
Índice de avaliação competência 43	51	5	12	8,08	1,481	,827	4	0	12	6

Medidas descritivas do índice de avaliação das dimensões do questionário de competências relativamente à aplicação em EC e ponto médio da escala									
	N	Mínimo observado	Máximo observado	Média	Desvio padrão	Nº de Itens	Mínimo da escala	Máximo da escala	Ponto médio da escala
Índice de aplicação competência 32	51	0	6	4,43	1,063	5	0	5	2,5
Índice de aplicação competência 33	51	2	5	3,86	,491	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 34	51	0	4	3,63	,871	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 35	51	4	7	6,86	,601	7	0	7	3,5
Índice de aplicação competência 36	51	1	4	3,57	,781	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 37	51	3	4	3,88	,325	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 38	51	1	5	4,76	,681	5	0	5	2,5
Índice de aplicação competência 39	51	0	2	1,69	,707	2	0	2	1
Índice de aplicação competência 40	51	3	4	3,94	,238	4	0	4	2
Índice de aplicação competência 41	51	1	3	2,94	,311	3	0	3	1,5
Índice de aplicação competência 42	51	3	3	3,00	,000	3	0	3	1,5
Índice de aplicação competência 43	51	4	5	4,02	,140	4	0	4	2

Estatísticas de teste <sup>a</sup>									
Avaliação das competências					Avaliação da aplicação				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)		Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Índice de avaliação competência 32	193,500	1013,500	-0,623	0,533	Índice de aplicação competência 32	214,000	280,000	-0,160	0,873
Índice de avaliação competência 33	170,500	236,500	-1,244	0,214	Índice de aplicação competência 33	219,000	285,000	-0,038	0,969
Índice de avaliação competência 34	201,000	1021,000	-0,473	0,636	Índice de aplicação competência 34	197,000	263,000	-0,761	0,447
Índice de avaliação competência 35	204,000	270,000	-0,376	0,707	Índice de aplicação competência 35	186,000	252,000	-1,909	0,056
Índice de avaliação competência 36	164,500	230,500	-1,314	0,189	Índice de aplicação competência 36	159,000	225,000	-1,745	0,081
Índice de avaliação competência 37	208,500	274,500	-0,276	0,782	Índice de aplicação competência 37	202,000	268,000	-0,739	0,460
Índice de avaliação competência 38	207,000	273,000	-0,306	0,760	Índice de aplicação competência 38	215,000	281,000	-0,181	0,856
Índice de avaliação competência 39	218,500	1038,500	-0,038	0,970	Índice de aplicação competência 39	216,500	282,500	-0,121	0,904
Índice de avaliação competência 40	193,500	259,500	-0,643	0,520	Índice de aplicação competência 40	185,500	251,500	-1,938	0,053
Índice de avaliação competência 41	210,000	276,000	-0,258	0,797	Índice de aplicação competência 41	180,000	246,000	-2,724	<b>0,006*</b>
Índice de avaliação competência 42	209,000	1029,000	-0,283	0,777	Índice de aplicação competência 42	220,000	1040,000	0,000	1,000
Índice de avaliação competência 43	215,500	1035,500	-0,119	0,905	Índice de aplicação competência 43	214,500	280,500	-0,524	0,600

\* diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 1%